

**Programma
Sanitario Triennale
2012-2014**

Sommario

Parte I.....	2
a) Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni.....	2
a.1) La composizione socio-demografica della popolazione.....	3
b) L'offerta dei servizi.....	9
b. 1) Le Attività di Prevenzione.....	9
b. 1.1) Promozione alla Salute.....	9
b. 1.2) Emergenze Sanitarie e Ambientali.....	10
b. 1.3) Prevenzione vaccinale e screening	11
b. 1.4) Sicurezza Alimentare.....	13
b. 1.5) Infortuni nei luoghi di lavoro.....	13
b. 1.6) Sanità Animale Randagismo e Igiene Urbana.....	14
b. 2) L'Assistenza Ospedaliera.....	16
b. 2.1) L'analisi della domanda.....	16
b. 2.2) L'analisi dell'offerta.....	22
b. 3) L'Assistenza Distrettuale.....	25
b. 3.1) L'assistenza specialistica ambulatoriale.....	25
b. 3.2) La presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti.....	26
b. 3.3) L'assistenza alle persone con disabilità.....	29
b. 3.4) Le cure a domicilio.....	32
b. 4) La Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche.....	35
b. 5) L'assistenza Farmaceutica.....	38
Parte II.....	39
a) Le principali problematiche e gli obiettivi programmatici e i progetti.....	39
a. 1) Il Governo Clinico quale strumento di miglioramento della qualità dei servizi offerti.....	39
a. 2) Modifica e integrazione dell'attuale modello organizzativo aziendale nel rispetto delle direttive regionali	40
a. 3) La ricerca di una adeguata risposta assistenziale nell'ambito dell'Assistenza Ospedaliera....	41
a. 4) Il potenziamento dell'Assistenza Territoriale quale presupposto per un'offerta appropriata di prestazioni.....	43
b) I Programmi.....	44

Parte I

a) Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni

Questa parte del Programma triennale contiene informazioni di carattere socio-demografico, economico e ambientale, relative al contesto di riferimento dell'azienda sanitaria, nonché l'analisi dei bisogni dei cittadini utenti.

Essa contiene altresì informazioni sull'incidenza di particolari fenomeni sociali, utili ai fini dell'analisi dei bisogni di assistenza legati a fattori sociali.

a.1) La composizione socio-demografica della popolazione

La popolazione dell'azienda sanitaria di Oristano, al primo gennaio 2010 è pari a 166.712 abitanti, distribuiti su 88 comuni.

	Valori[*]		
A) Informazioni demografiche e socio economiche			
1. Popolazione residente totale e per distretto, stratificata per sesso e classi di età[1] (Fonte ISTAT anno 2010)	M	F	TOT
Popolazione totale			
0-14	9.981	9.171	19.152
15-44	32.908	31.497	64.405
45-64	23.364	23.221	46.585
>64	15.723	20.847	36.570
totale	81.976	84.736	166.712
Distretto Oristano	M	F	TOT
0-14	4.688	4.315	9.003
15-44	15.414	14.933	30.347
45-64	10.899	11.277	22.176
>64	6.600	8.681	15.281
totale	37.601	39.206	76.807
Distretto Ales-Terralba	M	F	TOT
0-14	2.720	2.487	5.207
15-44	9.094	8.710	17.804
45-64	6.580	6.042	12.622
>64	4.624	5.801	10.425
totale	23.018	23.040	46.058
Distretto Ghilarza-Bosa	M	F	TOT
0-14	2.573	2.369	4.942
15-44	8.400	7.854	16.254
45-64	5.885	5.902	11.787
>64	4.499	6.365	10.864
totale	21.357	22.490	43.847
2. Densità di popolazione totale e per distretto (Fonte ISTAT anno 2010)			
Distretti	Pop	Km2	Densità
Oristano	76.807	889,61	86,338
Ales Terralba	46.058	892,71	51,593
Ghilarza Bosa	43.847	1.257,67	34,864
Totale	166.712	3.039,99	54,840
3. Indice di vecchiaia totale e per sesso[2] (Fonte ISTAT anno 2010)	M	F	TOT
	158	227	191

4. Indice di invecchiamento totale e per sesso[3] (Fonte ISTAT anno 2010)	M	F	TOT
	19,2	24,6	21,9
5. Tasso di natalità generale (Fonte ISTAT anno 2010)	7,0		
6. Tasso di mortalità generale (Fonte ISTAT anno 2010)	9,9		
7. Tasso di mortalità generale stratificato per sesso, non standardizzato per età (Fonte ISTAT anno 2010)	M	F	TOT
			9,9
8. Popolazione straniera residente totale e per distretto stratificata per sesso e classi di età (Fonte ISTAT anno 2010)	M	F	TOT
0-14	149	148	297
15-44	364	760	1124
45-64	161	302	463
>64	41	34	75
totale	715	1.244	1.959
9. Tasso di disoccupazione (Fonte ISTAT anno 2010)	M	F	TOT
	13,8	17,6	15,28
10. Livelli di scolarità (Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo 15-52 anni. Fonte ISTAT - Censimento 2001)	M	F	TOT
	13,81	11,32	12,58

Tabella 1. Informazioni sul contesto di riferimento

*Si riportano i valori ultimi disponibili, indicando a fianco e tra parentesi l'anno e la fonte.

[1] 0-14, 15-44, 45-64 e oltre 65.

[2] Popolazione 65+/(0-14)*100.

[3] Popolazione 65+/pop totale * 100.

Dall'esame dei dati riportati nella tabella 1, relativamente alla composizione per età della popolazione residente e alla sua struttura, si evidenzia una tendenza generale all'invecchiamento e una bassa natalità.

La tendenza all'invecchiamento della popolazione dell'Azienda, è più marcato nei distretti di Ales-Terralba e di Ghilarza-Bosa, ove si registra anche una più bassa densità abitativa.

Il saldo naturale è negativo, come risulta dal confronto tra il tasso di natalità (7%), il più basso della regione, e quello di mortalità (9,9%).

B) Informazioni sanitarie ed epidemiologiche			
1. Tasso di mortalità specifico per le principali cause di morte, totale e per sesso, standardizzato per età (Fonte ISTAT anno 2006; popolaz. Standard anno Italia 2001)	M	F	TOT
tasso di mortalità standardizzato	8,4	7,7	8,1
Tumore	3,2	2,1	2,7
cardiovascolare	3,7	3,7	3,7
respiratorio	0,7	0,3	0,5
digerente	0,7	0,4	0,5
traumatismi	0,4	0,4	0,4

2. Incidenza dei primi 30 DRG in consumo, totali e stratificati per regime di ricovero (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2010)	Si rimanda all'allegato 1		
3. Rapporto MMG/1000 abitanti (Banca dati aziendale anno 2010)	0,79		
4. Rapporto PLS/1000 abitanti (Banca dati aziendale anno 2010)	0,12		
5. Consumo di farmaci (spesa netta farmaceutica convenzionata anno 2010) pro capite	209		
6. Mortalità evitabile (Fonte ISTAT anno 2006; cause di morte DM 12/12/2001)	0,6		
7. Ricoveri per 1000 abitanti (Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anno 2010; escluso DRG 391))	131,74		
8. Mobilità extra regionale per ricoveri ospedalieri (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2010)	1.416		
9. Tassi di abortività *1000 abitanti (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2010; DRG 381)	10,4		
C) Informazioni nell'area dell'assistenza collettiva, ambiente di vita e di lavoro			
1. Numero di imprese industriali, stratificate per settore produttivo e dimensione (piccola, media e grande) (Banca dati aziendale anno 2010) [4]	10		
2. Numero di cantieri edili in attività (Banca dati aziendale anno 2010)	1.800		
3. Numero di allevamenti bovini, suini e ovini e numerosità dei capi (Banca dati aziendale anno 2010)			
N. allevamenti	7.500		
N. capi	670.534		
4. Numero di strutture di trasformazione e/o distribuzione alimentare per settore di attività (Banca dati aziendali anno 2010) [5]			
Produttori primari	920		
Produttori e confezionatori	550		
Distribuzione	801		
Trasporti	362		
Ristorazione	1.341		
Produttori e confezionatori che vendono prevalentemente al dettaglio	724		
5. Infortuni sul lavoro, distinti per gravità (Banca dati aziendale anno 2010)			
Mortali	1		

gravi	26
Medi	4
Lievi	120

Tabella 2. Informazioni sul contesto di riferimento

Si riportano i valori ultimi disponibili, indicando a fianco e tra parentesi l'anno e la fonte.

[4] Direttiva UE "Recommendation 2003/361/EC" e modifiche e/o integrazioni.

[5] Lattiero caseario, conserve alimentari, vitivinicolo . . .etc.

Le statistiche di mortalità, pur se in maniera indiretta, rendono edotti delle patologie più frequenti nella popolazione e permettono di focalizzare l'attenzione sull'offerta delle prestazioni. Nella provincia i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone, le malattie cardiovascolari con il 40% ed i tumori con il 30% circa di tutte le cause di morte. Tra le patologie vascolari, le vasculopatie cerebrali, di pertinenza neurologica, rappresentano ben il 30% circa di questo gruppo. L'ictus cerebrale rappresenta la causa più importante di disabilità cronica.

	Anno 2006	Oristano	Sardegna	Italia
I	Malattie infettive	0.0	1.6	1.3
II	Tumori	27.8	30.9	30.2
III	Malattie del metabolismo	2.6	4.1	4.2
IV	Malattie del sangue	0.4	0.6	0.5
V	Disturbi psichici	1.4	1.4	1.6
VI	Malattie del sistema nervoso	2.7	3.7	3.5
VII	Malattie del sist. cardiocircolatorio	40.0	35.6	39.4
VIII	Malattie dell'apparato respiratorio	5.4	6.7	6.4
IX	Malattie dell'apparato digerente	5.6	4.7	4.1
X	Malattie del sistema genitourinario	3.2	1.6	1.6
XIII	Malattie del sistema osteomuscolare	0.2	0.7	0.6
XIV	Malformazioni	0.2	0.2	0.3
XVII	Traumatismi e avvelenamenti	4.1	5.8	4.3

Distribuzione percentuale delle cause di morte, anno 2006. Fonte ISTAT

Il quadro epidemiologico presenta inoltre nella ASL 5 delle caratteristiche peculiari che sono comuni a quelle di tutta la regione Sardegna ed è caratterizzato dall'alta incidenza delle patologie autoimmuni, in modo particolare del diabete tipo 1, sclerosi multipla, artrite reumatoide ecc.

Nell'allegato 1 sono riportati i primi 30 DRG più frequenti riferiti ai residenti della ASL di Oristano per l'anno 2010, distinti per regime di ricovero. Se tale dato lo si analizza poi per grandi gruppi di patologia (MDC) si nota come la patologia più frequente nella nostra popolazione si riferisca alle malattie cardiovascolari.

Distribuzione percentuale per MDC del consumo dei DRG da parte dei residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anni 2009-2010)

MDC	Descrizione	Numero Casi Anno 2010	Numero Casi Anno 2009	Distribuzione % anno 2010	Distribuzione % anno 2009
5	Mal. e dist. del sistema circolatorio	3.503	3.466	10,3%	10,6%
6	Mal. e dist. dell'apparato digerente	3.499	3.343	9,9%	10,5%
2	Mal. e dist. dell'occhio	3.134	3.143	9,3%	7,4%
8	Mal. e dist. del sistema osteomuscolare e connettivo	2.444	3.034	9,0%	9,4%
14	Gravidanza, parto, puerperio	2.148	2.114	6,3%	6,5%
1	Mal. e dist. del sistema nervoso	1.965	1.934	5,7%	5,9%
11	Mal. e dist. rene e vie urinarie	1.754	1.914	5,7%	5,1%
4	Mal. e dist. dell'apparato respiratorio	1.701	1.853	5,5%	5,1%
17	Mal. e dist. mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.698	1.703	5,1%	5,3%
13	Mal. e dist. dell'apparato riproduttivo femminile	1.597	1.597	4,7%	4,8%
7	Mal. e dist. fegato, vie biliari e pancreas	1.464	1.372	4,1%	4,4%
9	Mal. e dist. pelle, sottocutaneo, mammella	1.298	1.287	3,8%	3,9%
3	Mal. e dist. orecchio, naso, gola	1.183	1.223	3,6%	3,6%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	1.177	1.080	3,2%	3,5%
16	Mal. e dist. sangue ed organi emopoietici	1.113	1.040	3,1%	2,9%
10	Mal. e dist. endocrini, della nutrizione e del metabolismo	946	991	2,9%	3,4%
12	Mal. e dist. dell'apparato riproduttivo maschile	565	639	1,9%	1,6%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	545	574	1,7%	1,7%
19	Disturbi psichici	496	533	1,6%	1,5%
18	Malattie infettive e parassitarie	345	311	0,9%	1,0%
21	Traumatismi e avvelenamenti	240	192	0,6%	0,7%
	nd	157	154	0,5%	0,0%
25	Infezioni da HIV	109	116	0,3%	0,3%
20	Abuso di alcool e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	46	51	0,2%	0,1%

24	Traumatismi multipli	42	18	0,1%	0,1%
22	Ustioni	17	17	0,1%	0,1%
	TOTALE	33.186	33.699	100%	100%

Anche il consumo dei farmaci ci porta a fare analoghe considerazioni in merito alle patologie più frequenti quali appunto quelle cardiovascolari, tumorali o della malattia diabetica con le sue complicanze. Si riporta di seguito l'analisi della spesa e il numero di pezzi per ATC (gruppo anatomico principale) riferita al II trimestre 2011.

ATC	Descrizione ATC	Pezzi	Spesa Lorda
C	Sistema Cardiovascolare	282.743	3.296.681
A	Apparato Gastrointestinale e Metabolismo	181.026	1.571.403
N	Sistema Nervoso	65.970	1.032.396
R	Sistema Respiratorio	39.501	997.990
J	Antimicrobici Generali per Uso Sistemico	53.833	610.476
M	Sistema Muscolo - Scheletrico	52.630	607.192
B	Sangue e organi Emopoietici	68.194	330.188
G	Sistema Genito Urinario ed ormoni sessuali	32.147	304.821
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	4.943	276.524
H	Preparatori Ormonali sistemici esc. Ormoni sess. e insuline	28.972	172.347
S	Organi di Senso	13.247	167.125
D	Dermatologici	4.145	62.517
V	Vari	295	12.795
P	Farmaci antiparassitari insetticidi e repellenti	1.132	6.818

Composizione spesa farmaceutica II trimestre 2011

b) L'offerta dei servizi

Questa sezione contiene informazioni sulla capacità di offrire prestazioni e servizi, sia da parte dell'azienda sanitaria, sia da parte degli altri operatori presenti nel territorio.

Le informazioni su questa sezione sono schematicamente riassunte nello schema di cui all'Allegato 2.

b. 1) Le Attività di Prevenzione

La moderna definizione di Sanità Pubblica pone l'accento sulle capacità di organizzare gli sforzi della società sulla base di obiettivi condivisi e diversificati quali, ad esempio, quelli della modifica degli stili di vita, del miglioramento dell'ambiente, per non parlare dei fattori di malattia emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità. Questi nuovi confini della prevenzione accentuano il ruolo che la ricerca, sia relativa alla misura dei bisogni che alla valutazione di impatto degli interventi, assume all'interno dei servizi di prevenzione.

Di seguito sono trattati alcuni degli interventi intesi come strategici per il triennio in esame.

b. 1.1) Promozione alla Salute

Tra i principi generali della propria mission l'azienda sanitaria individua la promozione e il miglioramento della salute della popolazione nell'ambito del territorio di competenza mediante programmi e azioni, coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio assistenziale nazionale e regionale, che possono incidere su fattori culturali, sociali e ambientali che influenzano gli stati di salute.

Fra le strategie aziendali anche quella di dare rilievo ai processi di comunicazione verso e con i cittadini al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali, diffondere fra i propri utenti l'informazione, e la consapevolezza in materia di salute al fine di favorire autonomia decisionale e scelte responsabili.

L' "Ufficio Promozione della Salute" nasce in seno al Dipartimento di Prevenzione come concretizzazione di un bisogno tra i Servizi dipartimentali di unire le forze per il conseguimento di un obiettivo comune: presentarsi al cittadino come un preciso punto di riferimento per facilitare la "Cultura della Salute".

Le azioni programmate che il dipartimento promuove si integrano nei programmi nazionali e regionali in modo che la rete delle iniziative concordi e diffuse possano nel tempo consentire la misurazione degli effetti.

Si evidenzia che le malattie cronico - degenerative rappresentano in Italia la causa principale di decessi e richieste di assistenza sanitaria, con costi diretti e indiretti in progressiva crescita. Le malattie cronico - degenerative non trasmissibili hanno in comune pochi fattori di rischio, in gran parte modificabili in quanto legati a comportamenti individuali, anche se fortemente condizionati dal contesto sociale, economico e ambientale in cui si vive. La scelta strategica di investire nell'area della prevenzione, previste nel Piano nazionale e nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 -2012, per raggiungere maggiori risultati in salute e le iniziative intraprese a livello nazionale regionale e locale, anche in attuazione del documento programmatico "Guadagnare Salute" del 2007, confermano l'importanza degli interventi di comunicazione e azione per ridurre nel lungo periodo il peso delle malattie croniche sul Sistema Sanitario e sulla società e, nel breve periodo, per consentire ai cittadini di fare scelte

consapevoli rispetto a comportamenti e stili di vita riconosciuti dalle società scientifiche come sicuri fattori di rischio modificabili. I dati forniti dall'OMS e dalla comunità scientifica internazionale sottolineano con fermezza che la nutrizione, come universalmente riconosciuto, è un fattore in grado di modificare profondamente lo stato di salute dell'individuo e conseguentemente della popolazione nel suo complesso. Come è noto, le malattie cronico degenerative per le quali sono dimostrati fattori di rischio nutrizionale sono numerose e per molte di esse, quali le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, alcune neoplasie, alcune malattie dismetaboliche, il dato epidemiologico risulta da tempo consolidato, così come esiste l'evidenza scientifica della correlazione fra scarsa attività fisica e obesità e fra quest'ultima e alcune malattie cronico degenerative.

Le attività e azioni finalizzate alla prevenzione dell'obesità rientrano tra quelle considerate prioritarie dal piano della prevenzione nazionale e regionale; tra gli obiettivi generali da perseguire a livello regionale e aziendale sono compresi principalmente: - gli studi di sorveglianza nutrizionale; - l'individuazione precoce dei soggetti a rischio in relazione alla popolazione residente; - la definizione di progetti e iniziative di educazione sanitaria sulle abitudini alimentari, da attuarsi nella scuola dell'obbligo e sulla popolazione generale, attivando campagne su larga scala di promozione della salute, per aumentare le scelte consapevoli in campo alimentare e favorire l'attività fisica; - le azioni finalizzate a garantire i controlli sulle mense di collettività, con particolare riferimento a quelle ospedaliere e scolastiche.

Secondo l'OMS il fumo di tabacco è " la prima causa di morte facilmente evitabile" ed è responsabile della morte di un numero sempre più elevato di persone per tumore, malattie a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare, se non saranno adottate misure efficaci.

La tipologia dei fumatori negli ultimi anni ha subito un'evoluzione notevole con un maggior incremento di soggetti sempre più giovani (la quota di quanti iniziano a fumare prima dei 14 anni è in aumento) e con un aumento delle disuguaglianze sociali accompagnato da andamenti differenti nei due sessi e nelle diverse fasce di età (la quota di fumatori maschi aumenta al decrescere del titolo di studio, mentre fra le donne più anziane le più istruite che rappresentano la maggiore percentuale di fumatrici).

Tra le attività e azioni finalizzate alla prevenzione e alla riduzione dell'abitudine al fumo di tabacco rientrano quelle che da alcuni anni vengono attuate nelle scuole primarie rivolte alla prevenzione della iniziazione alle abitudini scorrette.

b. 1.2) Emergenze Sanitarie e Ambientali

Al Dipartimento di Prevenzione sono attribuite le funzioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i Servizi ad esso afferenti, con gli altri Dipartimenti e le Aree funzionali – organizzative Dipartimentali.

Ad esso sono assegnate, in forza di attribuzioni di legge, i compiti di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'Autorità Sanitaria locale ,allo scopo di tutelare le collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali. In particolare il DPCM 29/11/01 sui livelli essenziali di assistenza (LEA) attribuisce alla ASL il compito di tutelare la collettività ed i singoli dai rischi connessi agli ambienti di vita anche in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali. La ASL, a seguito di specifiche indicazioni regionali , è individuata come l'Ente competente per la valutazione del rischio sanitario per i fattori ambientali di rischio.

Sono di competenza ASL, procedimenti amministrativi sviluppati o aspetti trattati dal Servizio Salute ed Ambiente in materia di:

- radioprotezione da Radiazioni Ionizzanti (R.I.) e Non Ionizzanti (N.I.R.): atti autorizzativi, pareri e vigilanza;
- siti contaminati: analisi di rischio;

- fattori ambientali di rischio (inquinamento atmosferico, rumore, Campi Elettromagnetici. (C.E.M.), ecc.: informazioni tossicologiche e valutazione dei rischi sanitari;
- pareri edilizi ed urbanistici: valutazione degli aspetti sanitari in riferimento al contesto di inserimento di progetti e strumenti urbanistici;
- Valutazione di Impatto Ambientale (V.I.A.) e Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.): valutazione degli aspetti sanitari in riferimento al contesto di inserimento di progetti e strumenti urbanistici;
- richieste di intervento per inquinamento atmosferico, idrico e da rifiuti prodotti da insediamenti produttivi e da attività di servizio;

Tuttavia si precisa che l'attività di vigilanza di materie specifiche di cui sopra sono di competenza talvolta del Comune , talvolta della Provincia , oppure dell'ARPAS. Nella sua qualità di organo tecnico di supporto, l'ARPAS svolge attività di:

- controllo delle fonti di pressioni ambientali determinate dalle attività umane che, prelevando risorse ed interagendo con l'ambiente circostante, producono degli impatti sull'ambiente (scarichi, emissioni, rifiuti, sfruttamento del suolo, radiazioni, ecc.);
- monitoraggio dello stato dell'ambiente determinato dal livello di qualità delle diverse matrici (acqua,aria, suolo, ecc.);
- supporto tecnico alla ASL nel definire le risposte messe in atto per fronteggiare le pressioni e migliorare così lo stato dell'ambiente (Piani, progetti, ecc.).

Solo in caso di superamento dei limiti stabiliti dalla normativa a tutela della salute pubblica, sulla base delle rilevazioni strumentali di ARPAS, la ASL propone l'adozione di provvedimenti agli Enti competenti, se non già adottati dagli Enti stessi.

La contaminazione ambientale, sia essa accidentale che intenzionale , da sostanze quali nitrati, micotossine, residui di prodotti fitosanitari , metalli pesanti, diossine, contaminazioni microbiologiche, antibiotici aumenta il rischio di contaminazioni o di residui negli alimenti;.

L'Azienda pertanto, attraverso gli interventi del Dipartimento di Prevenzione, ritiene che sia importante migliorare le tecniche produttive ed implementare i controlli in modo da mettere al riparo il consumatore dall'assunzione di quantità dannose di tali sostanze, così come previsto dai piani nazionali, regionali e dai regolamenti comunitari.

b. 1.3) Prevenzione vaccinale e screening

La vaccinazione rappresenta una delle più grandi conquiste della storia della medicina, ed uno dei più importanti interventi di sanità pubblica con il compito di proteggere contemporaneamente la salute dell'individuo e l'interesse della collettività.

Con strategie appropriate le vaccinazioni possono consentire non solo il controllo delle malattie bersaglio, ma anche la loro eliminazione come nel caso del vaiolo. Vaccini sempre più efficaci e sicuri ci permettono di ottenere buoni risultati con enormi vantaggi rispetto agli effetti collaterali in genere modesti.

Il Dipartimento di Prevenzione, in linea con le norme Nazionali, Regionali, Aziendali, attraverso l'attività del Servizio Igiene Pubblica, garantisce, in modo uniforme sul territorio provinciale, a tutta la popolazione sia essa in età pediatrica o adulta, un eguale diritto all'accesso alla prevenzione vaccinale. A tutti i nuovi nati, vengono praticate le vaccinazioni obbligatorie contro: Difterite, Tetano, Poliomelite, Epatite virale B, con un ottimo controllo delle malattie prevenibili. Per le vaccinazioni raccomandate vengono proposti i vaccini contro la Pertosse, Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella, contro le infezioni invasive da Hib e da meningococco di gruppo C A Y W.

Importante la vaccinazione anti-HPV (anti papilloma virus) offerta gratuitamente alle adolescenti nel corso del 12° anno di età.

Nella stagione invernale continua ad attuarsi la campagna di vaccinazione antinfluenzale rivolta agli ultra sessantacinquenni e alle categorie a rischio contemporaneamente alla vaccinazione anti pneumococcica nei soggetti adulti a rischio. Si eseguono inoltre le vaccinazioni antitetanica, antiepatite A, antiepatite B e antitifica, a determinate categorie di lavoratori e ai viaggiatori internazionali.

Particolare riguardo merita attualmente la vaccinazione antipneumococco 13valente di nuova introduzione con sostituzione del vaccino 7valente in uso fino al 2010.

Le azioni future vanno verso la direzione di aumentare le coperture vaccinali del vaccino coniugato 13valente, a proteggere dalle malattie invasive correlate al pneumococco sia i bambini fino ai 5 anni di vita che, per un fenomeno di protezione di massa (herd immunity), i soggetti a rischio per patologia o nell'età fragile (anziani) e la popolazione giovane o adulta.

E' in fase di allestimento la creazione di un' anagrafe vaccinale informatizzata, sia a livello regionale che aziendale. Questo strumento rappresenta un valido mezzo per la valutazione e il monitoraggio delle coperture vaccinali. L'informatizzazione consente la messa in atto della chiamata attiva della popolazione eleggibile con la riorganizzazione e la razionalizzazione della rete vaccinale.

Gli screening oncologici sono interventi di sanità pubblica che consentono di individuare precocemente i tumori in assenza di sintomi (diagnosi precoce) offrendo grandi possibilità di cure precoci e guarigione definitiva. Lo screening è un percorso attuato in seno alla struttura pubblica ed al cui svolgimento partecipano diversi servizi sanitari coordinati tra di loro e con l'obiettivo comune della diagnosi precoce della malattia tumorale. Le attività di screening seguono protocolli e le linee guida nazionali (Osservatorio Nazionale Screening).

A differenza delle altre attività sanitarie, dove in genere è l'utente che si rivolge alla struttura sanitaria per avere risposte ai propri problemi, nel caso dello screening il rapporto struttura sanitaria utente è capovolto. E' infatti l'Azienda Sanitaria che invita l'utente ad eseguire degli accertamenti sanitari garantendogli un percorso certo, definito e gratuito che lo segua fino alla terapia e follow up in caso di positività ai test diagnostici di primo livello. In quest'ottica il percorso screening deve essere ben coordinato tra tutti i servizi sanitari che vi partecipano, deve essere di qualità perché altrimenti non efficace, deve garantire in ogni momento una risposta all'utente ed una presa in carico da parte della struttura.

Attualmente gli screening che rispondono ai requisiti di efficacia dettati dalla evidence scientifica sono solo quelli del tumore della cervice uterina, del carcinoma della mammella e del carcinoma del colon-retto.

Nel campo degli Screening si prevede di continuare l'attività di prevenzione secondaria nei confronti dei tumori della cervice uterina e di attivare quelli della mammella e del colon retto. Lo screening del carcinoma della cervice uterina (Pap test), sviluppatosi a partire da fine luglio 2008 ha raggiunto a fine 2010 circa il 55% della popolazione target e 55 comuni della provincia di Oristano. Si propone per l' anno 2011 di estendere le coperture ad almeno 80% della popolazione target in altri 20 comuni della provincia.

Dopo l'implementazione nell'Azienda 5 dello screening della cervice uterina verranno implementati gli altri due screening con un timing che ha visto il mammografico partire a ottobre 2011 e quello del colon-retto nei mesi di gennaio-febbraio 2012.

Altra attività importante nella gestione di questo complesso sistema quale è lo screening, è la comunicazione. Essa infatti è mirata a garantire che il cittadino comprenda l'utilità di sottoporsi a indagini per scoprire l'eventuale presenza della malattia, ma allo stesso tempo il messaggio deve renderlo cosciente dei limiti insiti nello screening. Deve pertanto risultare, la sua, una scelta informata. Il Centro Screening svolge attività di informazione e comunicazione soprattutto attraverso assemblee di popolazione che fino ad oggi ha coinvolto circa 50 comuni e prevede di coinvolgerli tutti nei prossimi 2 anni.

b. 1.4) Sicurezza Alimentare

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL Oristano in accordo con gli obiettivi nazionali e regionali descritti nei rispettivi Piani Sanitari persegue una politica di coordinamento tra i diversi Servizi e altre istituzioni nell'ambito del miglioramento e potenziamento della Sicurezza Alimentare.

La riduzione dei rischi per il consumatore e il miglioramento delle produzioni zootecniche e degli alimenti si attuano attraverso l'attività di controllo dei Servizi Dipartimentali ai sensi del Reg. CE 882/2004 prevedendo la categorizzazione del rischio connesso alle diverse filiere produttive al fine di garantire l'efficacia, l'appropriatezza, la qualità e la coerenza dei controlli ufficiali.

L'ottenimento di un prodotto alimentare sicuro è determinato dal corretto svolgersi dell'intero processo produttivo senza trascurare l'attenzione alla qualità dell'acqua, come ingrediente primario e sostanziale delle preparazioni alimentari.

I Regolamenti CE 852, 853, 854 e 882/2004 hanno portato ad un radicale cambiamento nell'impostazione dei controlli ufficiali nel settore produttivo alimentare e hanno pienamente responsabilizzato l'operatore economico. Pertanto le verifiche attuate dai Servizi Dipartimentali per accertare l'implementazione della normativa comunitaria in materia di igiene degli alimenti sono effettuate attraverso specifici strumenti, quali corretta valutazione del rischio e sistema di Auditing, il cui svolgimento è realizzato seguendo le indicazioni regionali e le procedure elaborate dai Servizi.

In coerenza con gli obiettivi della strategia regionale e aziendale di Sicurezza Alimentare i Servizi afferenti al Dipartimento hanno predisposto il Piano di Attività Annuale individuando le attività e le modalità operative al fine di assicurare un elevato livello di salute pubblica.

I piani prevedono verifiche sui criteri di sicurezza e del processo produttivo degli alimenti, controllo dei residui dannosi per garanzia della salute dei consumatori.

L'attività di controllo del SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), SIAOA (Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale), SIAPZ (Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche), vengono attuate in maniera integrata al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e lealtà commerciali.

Per fronteggiare situazioni di emergenza è operativa l'Unità di Crisi per la Gestione delle Emergenze in materia di Sicurezza Alimentare.

b. 1.5) Infortuni nei luoghi di lavoro

L'impegno a garantire la sicurezza e preservare la salute del cittadino sul luogo di lavoro, in un periodo storico di importanti cambiamenti sociali e produttivi è certamente un fattore altamente qualificante per una società moderna ed evoluta.

L'Accordo tra Stato e Regioni contenuto nel "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" sottoscritto il 1 Agosto 2007 e accolto nel D.P.C.M. del 17-12-2007, promuove la realizzazione di appropriate ed efficaci azioni di prevenzione. Il Patto prevede il reale coinvolgimento di tutti gli attori del sistema e la diffusione di adeguate e fruibili informazioni per migliorare la conoscenza e per indirizzare le scelte operative; lo stesso raccomanda inoltre di implementare le attività di assistenza, di promozione della salute e di rafforzare il ruolo del servizio pubblico quale riferimento del "sistema sicurezza".

Il legislatore ha tradotto questa nuova tendenza in atti normativi molto concreti, ai quali devono seguire un adeguato impegno ed un'attenta programmazione delle attività per conseguire tutta la concretezza di cui necessitano. In particolare è opportuno ricordare l'approvazione del DLgs 81 del 9 aprile 2008 (Testo Unico), che ha recepito e riorganizzato gran parte della produzione normativa precedentemente in vigore, introducendo importanti novità che coinvolgono direttamente sia il mondo del lavoro, imprenditoriale e sindacale, sia il sistema pubblico.

Le strategie adottate nel corso degli anni sono rappresentate sia da attività che discendono da ciò che la normativa nazionale, regionale e le direttive aziendali prevedono, sia dalle esigenze e bisogni del territorio. Lo stesso Testo Unico conferma la competenza

generale attribuita alle ASL e in particolare al Servizio Pre.S.A.L. in materia di vigilanza e controllo sull'applicazione della legislazione sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro allo scopo di rafforzare il ruolo del servizio pubblico nel sistema sicurezza.

Le attività di controllo, informazione e formazione previste per il triennio in esame si prefiggono di favorire le conoscenze e le competenze degli attori coinvolti in particolar modo quelli dei cantieri edili e delle attività agricole che rappresentano rispettivamente il 10 e il 64,14% del totale delle attività produttive della provincia. Oltre all'attenzione alla prevenzione degli infortuni sul lavoro ci si concentrerà anche sul miglioramento del benessere dei lavoratori nei luoghi di lavoro al fine del controllo delle patologie derivanti dall'attività lavorativa.

b. 1.6) Sanità Animale Zoonosi e Igiene Urbana

Nell'ambito della programmazione nazionale e regionale, relativamente alla tutela della salute collettiva, perseguendo strategie di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita, nel campo della Sanità Animale il Dipartimento di Prevenzione si occupa del controllo delle malattie infettive e parassitarie degli animali con particolare attenzione alle malattie trasmissibili all'uomo (zoonosi) allo scopo di tutelare le produzioni e garantire i consumatori.

In particolare la Sanità Animale si occupa di :

- polizia veterinaria e zoonosi
- identificazione ed anagrafe degli animali e degli allevamenti
- controllo dello stato sanitario di tutti gli allevamenti
- controllo ed eradicazione delle malattie infettive degli animali, secondo la pianificazione nazionale e regionale.

In ambito di sanità pubblica la tutela della salute degli animali che producono alimenti viene indirizzata sul principale obiettivo di produrre derrate alimentari con minori rischi per i consumatori e minore impatto sull'ambiente.

I controlli sono indirizzati alla sorveglianza su malattie zoonosiche , quali la tubercolosi, la brucellosi, le TSE trasmissibili, le salmonellosi, trasmesse con gli alimenti derivati dalle produzioni animali e su tutte le patologie che riguardano sia gli animali che la salute ed il benessere dei soggetti allevati. Le attività di intervento veterinario consentono nel lungo periodo di:

- implementare l'osservatorio epidemiologico delle malattie, con stima degli indicatori di incidenza e prevalenza;
- aggiornare dinamicamente e continuamente le banche dati di identificazione, registrazione e movimentazione degli animali;
- dare esecuzione ai piani di risanamento sulle principali patologie previste dalle norme nazionali e regionali
- dare esecuzione ai piani di valutazione delle buone pratiche aziendali in allevamento;
- disporre di sistemi rapidi di tracciabilità degli animali e delle carni, dall'allevamento al consumatore finale.

Il benessere animale, riferito agli animali di interesse zootecnico, è stato oggetto di ripetuti interventi del legislatore sia sull'allevamento, sia per le pratiche inerenti il trasporto e la macellazione degli animali.

Tali direttive, mirano ad introdurre misure minime di protezione degli animali a garanzia di livelli accettabili di benessere nelle diverse fasi dei cicli zootecnici. Al di là dell'aspetto puramente etico, esiste una diretta correlazione fra la produzione quali-quantitativa ottenuta dagli animali da allevamento e il loro stato di benessere generale psicofisico. L'utilizzo di strutture e tecniche di allevamento idonee ad evitare condizioni di stress e l'adozione di azioni sanitarie preventive, piuttosto che il ricorso all'uso massiccio di farmaci, risulta spesso la via più semplice per proteggere gli animali, ottenere produzioni di qualità e tutelare le produzioni zootecniche.

Il piano di sviluppo rurale 2000/2006, esteso anche al programma 2007-2013, "Miglioramento del benessere animale" prevede incentivi agli allevatori del settore ovi-caprino che si impegnano ad adottare una serie di misure finalizzate al controllo delle mastiti con la corretta gestione della mungitura e conseguentemente della produzione qualitativa del latte.

Le misure minime di protezione degli animali, a garanzia di livelli accettabili di benessere, sono estese anche alle specie allevate ai fini sportivi ed agli animali d'affezione al fine di evitare maltrattamenti e abbandono degli animali da compagnia. Fatte salve le specifiche attività in materia di randagismo, per gli anni 2011-2012 verrà attivato " Il Piano di lotta al Randagismo e controllo delle nascite degli animali d'affezione" di piccola taglia, che vedrà impegnati i tre Servizi Veterinari del Dipartimento di Prevenzione. (Delibera n. 188 del 22.2.2011). Si proseguirà inoltre con le attività di monitoraggio e prevenzione per contrastare la diffusione della "Wnd" (West nile disease) che di recente ha colpito pesantemente il nostro territorio.

b. 2) L'Assistenza Ospedaliera

b. 2.1) L'analisi della domanda

Per una valutazione della domanda di prestazioni ospedaliere si è proceduto alla analisi dei relativi dati per gli anni 2009 e 2010, in riferimento al complesso delle prestazioni fruite dai nostri residenti in qualunque struttura del SSN o accreditata.

I dati a confronto sono rappresentati per singolo DRG (primi trenta più frequenti per numero), nelle due dimensioni di numeri di dimessi e di valori delle prestazioni (tabella 3) e secondo la rappresentazione per MDC (grandi gruppi di patologie) (tabella 4).

Rispetto al numero complessivo di dimissioni sui nostri residenti, i DRG più numerosi sono da riferirsi, oltre alla gravidanza, parto, puerperio (6%), alle seguenti malattie:

- sistema circolatorio (11%);
- apparato digerente (11%);
- sistema osteomuscolare e connettivo (9%);
- dell'occhio; (7%)
- del sistema nervoso (6%);
- mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (5%);
- dell'apparato respiratorio (5%);
- rene e vie urinarie (5%);
- dell'apparato riproduttivo femminile (5%);
- fegato, vie biliari e pancreas (4%).

La tipologia della domanda da parte dei cittadini residenti nei comuni dell'Azienda, che si rivolgono fuori dai confini della provincia, analizzata per DRG, mostra per l'anno 2010, una distribuzione tra una produzione assicurata con i presidi aziendali (pubblici e privati accreditati) e una produzione garantita con i presidi infra e extra regione (mobilità passiva), così come descritta nella tabella 5.

Dalla stessa tabella 5, l'analisi dei dati di mobilità passiva sui singoli DRG ricompresi nei primi trenta per frequenza, evidenzia:

- la fuga di DRG oncologici dei residenti, in particolare sul DRG 410 - chemioterapia - e sul DRG 404 - linfoma e leucemia - è pari rispettivamente al 73% e al 74% sul totale della domanda complessiva 2010;
- la mobilità passiva dei DRG riguardanti le malattie e i disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico (mdc 8), in particolare sui DRG 503 - interventi sul ginocchio - e 544 - sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori - si assestano su una percentuale pari rispettivamente al 77% e 68%;
- i ricoveri per malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile manifestano una mobilità passiva sul DRG 359 - interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc, - pari al 48% e una fuga sul DRG 381 - aborto con dilatazione e raschiamento - e 364 - dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne - entrambi pari al 52%;
- il DRG 42 riguardante l'apparato oculistico, che rappresenta il quinto DRG per frequenza (interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino), registra una fuga pari al 39%.

Per quanto riguarda invece la domanda di ospedalità nel suo complesso, da parte dei nostri residenti, si osserva nel tempo una riduzione generale della domanda di ospedalizzazione, evidente soprattutto nell'anno 2009 rispetto all'anno precedente. Un grande contributo al verificarsi di tale fenomeno è da ricercarsi nella trasformazione di alcuni DRG (039; 006; 115) da ricoveri per acuti a prestazioni di tipo ambulatoriale (Day Service)

Anno di riferimento	Tasso grezzo di ospedalizzazione
2008	206,58
2009	196,32
2010	194,48

Incidenza dei primi 30 DRG in consumo per i residenti ASL 5. (Fonte: Banca Dati SDO reg. e aziend. anno 2009-2010)

drg	Descrizione	Ordine	2010		2009		Ordine
			N	VAL	N	VAL	
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1	969	317.766	1.278	380.849	1
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2	912	2.796.814	786	2.018.802	3
391	Neonato normale	3	764	393.998	753	387.184	4
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	4	755	474.035	723	508.059	5
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	5	732	1.076.289	685	972.332	6
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	6	665	1.226.086	580	1.072.420	8
127	Insufficienza cardiaca e shock	7	629	1.714.470	571	1.532.975	9
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	8	629	1.369.379	557	1.239.584	10
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	9	546	1.405.541	605	1.384.465	7
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	10	428	592.966	454	632.830	12
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	11	410	693.245	323	551.860	17
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	12	395	438.807	461	513.672	11
371	Parto cesareo senza CC	13	373	904.974	309	750.576	21
316	Insufficienza renale	14	366	970.988	396	1.099.101	13
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	15	364	209.735	388	202.818	14
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	16	361	397.512	824	913.689	2
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	17	343	293.877	359	348.421	16
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	18	337	271.431	321	305.857	19
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	19	307	1.027.107	251	858.131	30
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	20	296	336.764	317	350.406	20
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	21	288	184.243	254	230.709	29
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	22	285	2.496.245	273	2.432.800	25
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	23	281	370.188	227	301.993	35
169	Interventi sulla bocca senza CC	24	279	551.942	322	640.481	18
379	Minaccia di aborto	25	270	466.115	261	477.244	28
430	Psicosi	26	268	663.965	271	638.100	26
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	27	259	423.925	276	420.790	23
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	28	241	685.628	241	679.596	32
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	29	235	711.517	274	840.412	24
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	30	232	528.845	279	639.232	22
202	Cirrosi e epatite alcolica	31	232	626.368	205	573.670	37
Totale primi trenta DRG sui residenti ASL 5			13.451	24.620.765	13.824	23.899.059	

Tabella 3

Totale DRG sui residenti ASL 5		33.186	80.364.878	33.699	79.542.293	
---------------------------------------	--	---------------	-------------------	---------------	-------------------	--

Distribuzione percentuale per MDC del consumo dei DRG da parte dei residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anni 2009-2010)

MDC	Descrizione	TOT Numero Anno 2010	TOT Valore Anno 2010	Distribuzione % anno 2010	Distribuzione % anno 2009
5	Mal. e dist. del sistema circolatorio	3.466	13.312.165	10,3%	10,6%
6	Mal. e dist. dell'apparato digerente	3.343	6.645.209	9,9%	10,5%
2	Mal. e dist. dell'occhio	3.143	2.933.135	9,3%	7,4%
8	Mal. e dist. del sistema osteomuscolare e connettivo	3.034	9.686.346	9,0%	9,4%
14	Gravidanza, parto, puerperio	2.114	3.295.088	6,3%	6,5%
1	Mal. e dist. del sistema nervoso	1.934	5.650.064	5,7%	5,9%
11	Mal. e dist. rene e vie urinarie	1.914	4.240.065	5,7%	5,1%
4	Mal. e dist. dell'apparato respiratorio	1.853	5.290.112	5,5%	5,1%
17	Mal. e dist. mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.703	4.871.509	5,1%	5,3%
13	Mal. e dist. dell'apparato riproduttivo femminile	1.597	2.667.462	4,7%	4,8%
7	Mal. e dist. fegato, vie biliari e pancreas	1.372	3.831.589	4,1%	4,4%
9	Mal. e dist. pelle, sottocutaneo, mammella	1.287	2.349.810	3,8%	3,9%
3	Mal. e dist. orecchio, naso, gola	1.223	2.049.103	3,6%	3,6%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	1.080	1.195.185	3,2%	3,5%
16	Mal. e dist. sangue ed organi emopoietici	1.040	2.216.542	3,1%	2,9%
10	Mal. e dist. endocrini, della nutrizione e del metabolismo	991	1.525.084	2,9%	3,4%
12	Mal. e dist. dell'apparato riproduttivo maschile	639	1.121.764	1,9%	1,6%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	574	718.336	1,7%	1,7%
19	Disturbi psichici	533	999.942	1,6%	1,5%
18	Malattie infettive e parassitarie	311	832.893	0,9%	1,0%
21	Traumatismi e avvelenamenti	192	362.533	0,6%	0,7%
	nd	154	3.223.565	0,5%	0,0%
25	Infezioni da HIV	116	201.680	0,3%	0,3%
20	Abuso di alcool e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	51	90.650	0,2%	0,1%
24	Traumatismi multipli	18	161.906	0,1%	0,1%
22	Ustioni	17	70.556	0,1%	0,1%
	TOTALE	33.699	79.542.293	100%	100%

Tabella 4

Incidenza dei primi 30 DRG in consumo per i residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anno 2010).

Tabella 5

Totale primi trenta	Prodotti dai Presidi ASL 5	Prodotti in mobilità passiva infra regione	Prodotti in mobilità passiva extra regione
---------------------	-------------------------------	---	---

drg	Descrizione	Numero Casi	%	Numero Casi	%	Numero Casi	%	Numero Casi	%
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	969	100%	918	95%	48	5%	3	0%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	912	100%	245	27%	583	64%	84	9%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	755	100%	657	87%	83	11%	15	2%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	732	100%	519	71%	194	26%	19	3%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	665	100%	402	61%	234	35%	29	4%
127	Insufficienza cardiaca e shock	629	100%	518	83%	102	16%	9	1%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	629	100%	327	52%	260	41%	42	7%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	546	100%	395	72%	140	26%	11	2%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	428	100%	347	81%	75	18%	6	1%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	410	100%	93	23%	307	75%	10	2%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	395	100%	190	48%	184	47%	21	5%
371	Parto cesareo senza CC	373	100%	244	65%	126	34%	3	1%
316	Insufficienza renale	366	100%	274	75%	88	24%	4	1%
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	364	100%	257	71%	101	28%	6	1%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	361	100%	270	75%	85	23%	6	2%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	343	100%	115	33%	208	61%	20	6%
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	337	100%	283	84%	48	14%	6	2%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	307	100%	223	73%	77	25%	7	2%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	296	100%	143	48%	151	51%	2	1%
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	288	100%	240	83%	46	16%	2	1%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	285	100%	91	32%	166	58%	28	10%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	281	100%	218	78%	56	20%	7	2%
169	Interventi sulla bocca senza CC	279	100%	24	9%	252	90%	3	1%
379	Minaccia di aborto	270	100%	200	74%	68	25%	2	1%
430	Psicosi	268	100%	205	77%	43	16%	20	7%
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	259	100%	68	26%	189	73%	2	1%
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	241	100%	202	84%	31	13%	8	3%
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	235	100%	177	75%	56	24%	2	1%
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	232	100%	182	78%	49	21%	1	1%
202	Cirrosi e epatite alcolica	232	100%	136	59%	89	38%	7	3%
Totale		12.687	100%	8.163	64%	4.139	33%	385	3%
Primi 30 DRG ordinati per riferiti ai residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anno 2010)		Totale primi trenta		Prodotti dai Presidi ASL 5		Prodotti in mobilità passiva infra regione		Prodotti in mobilità passiva extra regione	
drg	Descrizione	Valore	%	Valore	%	Valore	%	Valore	%

410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2.796.814	100%	1.080.479	39%	1.497.267	53%	219.068	8%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2.496.245	100%	783.276	31%	1.465.847	59%	247.122	10%
127	Insufficienza cardiaca e shock	1.714.470	100%	1.422.085	83%	267.670	16%	24.716	1%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.405.541	100%	897.799	64%	503.184	36%	4.558	0%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1.369.379	100%	688.678	50%	581.671	43%	99.029	7%
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.226.086	100%	736.432	60%	428.718	35%	60.936	5%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.076.289	100%	724.139	67%	327.471	31%	24.679	2%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1.027.107	100%	736.326	72%	265.207	26%	25.574	2%
316	Insufficienza renale	970.988	100%	692.410	71%	261.194	27%	17.384	2%
371	Parto cesareo senza CC	904.974	100%	583.508	64%	313.921	35%	7.545	1%
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	711.517	100%	538.965	76%	169.245	24%	3.307	0%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	693.245	100%	155.850	22%	518.492	75%	18.904	3%
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	685.628	100%	574.233	84%	88.769	13%	22.626	3%
430	Psicosi	663.965	100%	504.295	76%	102.691	15%	56.979	9%
202	Cirrosi e epatite alcolica	626.368	100%	367.093	59%	234.677	37%	24.598	4%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	592.966	100%	481.619	81%	104.117	18%	7.230	1%
169	Interventi sulla bocca senza CC	551.942	100%	46.018	8%	499.106	91%	6.818	1%
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	528.845	100%	415.833	79%	111.211	21%	1.801	0%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	474.035	100%	394.126	83%	73.123	15%	6.787	2%
379	Minaccia di aborto	466.115	100%	337.314	72%	125.161	27%	3.640	1%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	438.807	100%	217.512	50%	196.527	45%	24.768	5%
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	423.925	100%	109.034	26%	312.364	74%	2.527	0%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	397.512	100%	298.625	75%	94.006	24%	4.882	1%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	370.188	100%	286.647	77%	73.663	20%	9.878	3%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	336.764	100%	161.604	48%	172.858	51%	2.302	1%
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	317.766	100%	255.635	80%	60.510	19%	1.620	1%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	293.877	100%	77.422	26%	206.037	70%	10.418	4%
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	271.431	100%	207.069	76%	59.246	22%	5.116	2%
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	209.735	100%	134.361	64%	73.252	35%	2.123	1%
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	184.243	100%	140.484	76%	43.342	24%	417	0%
	Totale	24.226.767	100%	14.048.869	58%	9.230.547	38%	947.351	4%

Tabella 5 bis

In merito alla mobilità passiva i dati rappresentati nell'allegato 2.3 ci segnalano che le maggiori fughe si registrano nelle discipline di chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, medicina generale e ortopedia, ma anche nelle discipline non presenti nei nostri presidi pubblici, quali otorinolaringoiatria, neurologia, urologia, oculistica, ma gestite dal presidio privato accreditato che insiste nel capoluogo della provincia.

Dalla lettura della tabella che segue, si può affermare che il dato della mobilità passiva sta progressivamente diminuendo nel corso del tempo, (si registra un decremento rispetto all'anno 2007 pari all'11%), con un progressivo decremento della percentuale di ricoveri non soddisfatti dalla nostra produzione. Tuttavia si registra un'inversione di tendenza nell'anno 2010 sia per quanto attiene al valore assoluto della mobilità passiva che della capacità dei nostri presidi di soddisfare la domanda di ospedalità.

Anno di riferimento	Produzione dei PPOO ASL 5 sui residenti		Mobilità passiva		Totale
	valore assoluto	% sul Totale	valore assoluto	% sul Totale	valore assoluto
2007	21.524	60%	14.549	40%	36.073
2008	21.969	62%	13.589	38%	35.558
2009	20.775	62%	12.924	38%	33.699
2010	19.478	59%	13.705	41%	33.183

Tabella 6. Ricoveri ospedalieri dei residenti nella asl 5 di Oristano. Compreso il DRG 391

b. 2.2) L'analisi dell'offerta

Nella successiva tabella viene riportata una sintesi di informazioni sulla ospedalizzazione riferita ai presidi ospedalieri della ASL di Oristano e alcuni indicatori, relativamente agli anni 2009-2010.

anno 2009	RO		DH		Totali	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
San Martino	9.159	26.495.639	2.405	3.711.010	11.564	30.206.649
Delogu	1.789	4.163.617	871	855.785	2.660	5.019.402
Mastino	2.625	5.127.268	376	432.357	3.001	5.559.626
Tot PPOO pubblici	13.573	35.786.524	3.652	4.999.153	17.225	40.785.677
Casa di Cura MdR	3.267	6.492.217	3.752	3.157.920	7.019	9.650.137
Totale ASL 5	16.840	42.278.741	7.404	8.157.073	24.244	50.435.814

Tabella 5PO. Produzione DRG ASL 5 anno 2009

anno 2010	RO		DH		Totali	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
San Martino	9.760	27.262.952	2.465	4.415.652	12.225	31.678.603
Delogu	1.662	3.725.490	726	854.683	2.388	4.580.173
Mastino	2.062	4.503.206	262	291.317	2.324	4.794.523
Tot PPOO pubblici	13.484	35.491.648	3.453	5.561.652	16.937	41.053.300
Casa di Cura MdR	2.290	4.630.813	3.316	2.783.752	5.606	7.414.565
Totale ASL 5	15.774	40.122.461	6.769	8.345.404	22.543	48.467.865

Tabella 7. Produzione DRG ASL 5 anno 2010

Per quanto riguarda la produzione nel suo complesso si registra nell'anno 2010 una diminuzione, rispetto all'anno 2009, del 7,5% sul numero dei ricoveri e del 4% sul loro valore.

Questa tendenza è però da imputare alla Casa di Cura Madonna del Rimedio che ha registrato nel tempo una forte riduzione dell'attività in generale, perlopiù da riferirsi al regime ordinario.

Per quanto riguarda i presidi pubblici, ad un aumento dell'attività di ricovero ordinario del PO San Martino corrisponde un decremento dell'attività dei presidi periferici, più importante nel presidio Mastino di Bosa imputabile alla chiusura del reparto di ostetricia che ha in parte determinato uno spostamento dell'attività verso il presidio San Martino.

La distribuzione del totale dei ricoveri rispetto al regime di ricovero rimane pressoché invariata nei due anni in esame, non facendo intravedere una tendenza in aumento del regime diurno rispetto a quello ordinario se non in riferimento alla Casa di Cura Madonna del Rimedio.

L'indice di attrazione, in termini di mobilità attiva dei ricoveri ospedalieri, rimane pressoché costante.

Anno di riferimento	Produzione	Mobilità Attiva	Indice di Attrazione
2008	25.252	3.307	13,1%
2009	24.244	3.469	14,3%
2010	22.543	3.065	13,6%

Nella tabella 8 sono illustrati i principali indicatori di attività per i presidi della ASL di Oristano negli anni 2009-2010.

Alla già accennata riduzione delle prestazioni erogate dalla Clinica Madonna del Rimedio si accompagna una forte riduzione del già basso tasso di occupazione dei ricoveri ordinari, a dimostrazione che la dotazione dei posti letto così come identificati non risulta essere adeguata. Se poi si associa un valore costante della degenza media e la riduzione del peso medio dei ricoveri nel biennio in esame, si rafforza l'idea della necessità di riconversione dell'attività in essere. Oltre alla progressiva conversione dell'attività, da regime di ricovero ordinario a diurno, si assiste per la Clinica privata ad un incremento delle attività in day service (specialistica ambulatoriale) per alcuni DRG ospedalieri. Inoltre nell'anno in corso la Casa di Cura ha ottenuto da parte dell'Assessorato Regionale alla Sanità l'autorizzazione ad esercitare l'attività di ricovero per post acuti e più precisamente per lungodegenza (9 posti letto) e riabilitazione intensiva (6 posti letto). Ciò dovrebbe consentire di riportare l'attività verso livelli più appropriati, non solo per la Casa di Cura ma anche per i presidi pubblici che possono contare sulla presenza di reparti che gestiscono le post acuzie. L'invio di tali casi al presidio privato permetterà così di trattare più appropriatamente l'attività legata alle acuzie.

Per quanto riguarda i presidi pubblici si assiste ad un decremento dell'attività di DH, a questo però si associa un aumento del peso medio dei ricoveri diurni, del numero medio di accessi e del tasso di occupazione dei DH (tranne che per l'ostetricia di Bosa), facendo presumere un aumento del trattamento di casi più complessi nell'anno 2010. I ricoveri ordinari rimangono numericamente e qualitativamente invariati (peso medio pressoché uguale negli anni 2009 e 2010), mentre si riduce il tasso di occupazione soprattutto nei presidi periferici con un dato importante in decremento per i reparti di ostetricia del PO Mastino e di chirurgia del PO Delogu.

Anche per quanto concerne i presidi pubblici risulta indispensabile modificare l'attività in termini di appropriatezza, sia prevedendo uno sviluppo maggiore dei ricoveri diurni, soprattutto di tipo chirurgico, che proponendo una conversione di un numero maggiore di ricoveri in DH verso forme ambulatoriali. Sarà quindi di aiuto la presenza dei posti letto di riabilitazione intensiva, di lungodegenza e di neuro riabilitazione per riportare maggiore appropriatezza dei casi trattati nell'attività per acuzie, mentre più difficile sarà il compito di aumentare la deospedalizzazione in quanto il nostro ambito è povero di strutture per l'assistenza territoriale. Per quanto riguarda i presidi periferici si provvederà a creare una

forte integrazione tra attività ospedaliera e attività territoriale anche dislocando logisticamente tali attività nello stesso plesso in modo tale da garantire la collaborazione tra professionisti, finalizzata al miglioramento qualitativo del servizio, e ridurre al minimo il disagio per l'utente nel suo percorso di cura.

Principali Indicatori di Attività -Produzione DRG ASL 5

ANNO 2009	San Martino	Delogu	Mastino	Tot PPOO pubblici	Casa di Cura MdR	Totale ASL 5
N. RO	8.759	1.789	2.420	12.968	3.267	16.235
N. DH	2.405	871	376	3.652	3.752	7.404
N. TOT	11.164	2.660	2.796	16.620	7.019	23.639
PPLL RO	194	54	59	307	177	484
PPLL DH	37	5	4	46	12	58
DEG media RO	6,411	6,286	5,444	6,212	5,479	6,064
N. medio accessi DH	3,650	1,346	1,902	2,920	1,049	1,972
Tasso occup RO	78,9%	57,1%	61,2%	71,6%	27,7%	55,6%
Tasso occup DH	94,1%	93,0%	70,9%	92,0%	130,1%	99,9%
Peso medio RO	0,975	0,913	0,817	0,937	0,787	0,907
Peso medio DH	0,779	0,717	0,649	0,751	0,667	0,708

ANNO 2010	San Martino	Delogu	Mastino	Tot PPOO pubblici	Casa di Cura MdR	Totale ASL 5
N. RO	9.247	1.662	1.995	12.904	2.290	15.194
N. DH	2.465	726	262	3.453	3.316	6.769
N. TOT	11.712	2.388	2.257	16.357	5.606	21.963
PPLL RO	193	54	59	306	177	483
PPLL DH	38	5	4	47	12	59
DEG media RO	5,917	5,930	5,602	5,870	5,523	5,818
N. medio accessi DH	3,787	1,625	1,939	3,193	1,093	2,164
Tasso occup RO	77,4%	50,0%	51,9%	67,6%	19,6%	50,0%
Tasso occup DH	97,5%	93,7%	50,4%	93,1%	119,9%	98,5%
Peso medio RO	0,969	0,894	0,896	0,948	0,623	0,899
Peso medio DH	0,822	0,715	0,672	0,788	0,271	0,535

Tabella 8 Fonte: File A con esclusione del DRG 391 (per il calcolo degli indicatori, ad esclusione del peso medio, non si è tenuto conto delle discipline per post acuti). I ppll effettivi sono indicati come media nel corso dei 12 mesi.

b. 3) L'Assistenza Distrettuale

b. 3.1) L'assistenza specialistica ambulatoriale

Il fronte delle attività di specialistica ambulatoriale rappresenta la categoria di offerta di prestazioni sanitarie in parte esercitata presso gli ambulatori ospedalieri dal personale dipendente e in parte a livello distrettuale da specialisti in convenzione.

Sul fronte organizzativo si rimarca la presenza di criticità che riguardano le modalità di accesso, la qualità dell'accoglienza, la continuità con gli altri ambiti assistenziali, ma soprattutto i tempi di attesa che per alcune prestazioni sono decisamente lontani dai tempi massimi d'attesa fissati nel Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 (PRGLA).

A tale ultimo proposito, l'Azienda, con atto deliberativo n. 166 del 26.05.2011, ha già adottato una Piano Aziendale 2011 per il Governo delle Liste d'Attesa, nel quale sono state individuate le criticità e le aree d'intervento per governare strategicamente il problema dei tempi d'attesa che, configurandosi come un problema complesso a genesi multifattoriale, esige una pluralità di interventi su diversi fronti.

Attualmente è in fase di definizione il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste d'Attesa nel quale saranno individuate le azioni da porre in essere sia per il governo della domanda che per il governo dell'offerta di prestazioni.

Sul fronte della domanda si deve intervenire su percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e sulla gestione delle priorità cliniche per cui occorre avviare un vero e proprio cambiamento culturale, che deve interessare tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti alle strutture erogatrici e agli apparati amministrativi delle Aziende, oltre che i sistemi di prenotazione CUP.

L'appropriatezza prescrittiva presuppone non solo l'adeguatezza della prestazione dal punto di vista clinico rispetto al bisogno di salute espresso, ma anche il rispetto della correttezza formale della prescrizione, l'indicazione del quesito diagnostico e il rispetto delle regole per essa definite. Attualmente è allo studio di un gruppo di lavoro la progettazione e definizione di linee guida che garantiscano il comportamento prescrittivo omogeneo, con regole chiare e diffuse. Proseguirà, inoltre, la già avviata attività di studio e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e proseguiranno anche i momenti di confronto con i soggetti coinvolti (medicina primaria e specialisti ospedalieri e ambulatoriali e direzioni di distretto).

La gestione delle priorità cliniche presuppone l'indicazione della classe di priorità riferita al primo accesso con la distinzione delle prestazioni tra Urgenti, Brevi, Differibili e Programmate.

Sul fronte dell'offerta si deve intervenire migliorando e razionalizzando l'accesso al Centro Unico Prenotazioni (CUP) che consente al cittadino di prenotare le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dagli ospedali e dai poliambulatori.

Il Centro Unico di Prenotazione di questa Azienda accentra la quasi totalità delle richieste di accesso all'assistenza sanitaria ambulatoriale traducendola in prenotazione/disdetta e fornisce agli utenti le informazioni necessarie per un accesso conforme alle esigenze diagnostico-terapeutiche. La razionalizzazione dell'accesso, anche al fine di garantire la gestione informatizzata delle priorità cliniche, non può prescindere da una laboriosa attività di riconfigurazione delle agende informatizzate di prenotazione per la quale è attualmente in fase di formalizzazione l'individuazione della Segreteria Aziendale CUP e l'affidamento alla stessa dell'attività di revisione delle agende con l'introduzione delle classi di priorità e della distinzione tra primo accesso e accessi successivi.

Per le prestazioni che superano i tempi massimi d'attesa previsti dal PRGLA, l'offerta di prestazioni potrà essere ampliata tramite ricorso agli strumenti sotto indicati:

1) libera professione erogata dai propri professionisti per conto e a carico delle Aziende, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000. Le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda costituiscono un ulteriore possibile strumento per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa, in quanto tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

2) prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico che vengono garantite con modalità di gestione informatizzata e centralizzata delle prenotazioni benchè separata rispetto alle prestazioni istituzionali erogate a carico del S.S.N.
3) coinvolgimento del privato accreditato anche prevedendo eventualmente un giustificato aumento del fatturato rispetto ai tetti di spesa.

L' Azienda valuterà la possibilità di procedere ad un incremento delle prestazioni per le aree di maggiore criticità attraverso la stipulazione di appositi contratti aggiuntivi con le strutture private accreditate anche nell'ottica della complementarietà ed integrazione alle attività erogate dai suoi presidi. Il coinvolgimento della struttura comporta necessariamente l'inserimento nel sistema CUP aziendale e l'ubicazione all'interno del bacino di utenza aziendale, al fine di garantire la capillare distribuzione sul territorio.

b. 3.2) La presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti

La presa in carico dell'anziano e/o del soggetto non autosufficiente, nei percorsi di rete dei servizi socio-sanitari territoriali sono orientati verso un approccio multidisciplinare e nell'ottica del "rientro a domicilio", anche quando il percorso assistenziale ha previsto e realizzato un transitorio passaggio in assistenza residenziale. Ciò avviene mediante l'operato delle unità di valutazione territoriali che provvedono all'inserimento del paziente a seguito di una giusta valutazione dei bisogni assistenziali del singolo caso. Le tre unità di valutazione territoriale (UVT), una per ogni distretto, sono rivolte alla valutazione dei casi riguardanti "l'età evolutiva", "l'assistenza riabilitativa", i casi a "valenza socio-sanitaria o prettamente sociale".

Nonostante il maggior numero di pazienti inseriti, negli anni si è avuto un aumentato turn-over dei pazienti stessi, che sottolinea un utilizzo più appropriato e razionale dei posti letto convenzionati legato alla costante attività di monitoraggio dell'U.V.T. che ha lavorato con la famiglia e le risorse del territorio per il rientro dei pazienti a domicilio o trasferimento in altra struttura socio-assistenziale appropriata.

L'attivazione del "punto unico di accesso" (PUA) in ogni distretto ha permesso alle famiglie o ai presidi ospedalieri di trovare un unico interlocutore per dare informazioni e indirizzare in merito ai bisogni assistenziali del singolo caso. Il percorso disegnato infatti prevede che siano i PUA a provvedere alla presa in carico globale dei bisogni della persona fragile nella rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Pertanto i presidi ospedalieri, nei casi urgenti, o il territorio (famiglia, MMG, assistente sociale dei comuni) in tutti gli altri casi, si rivolgono al PUA il quale, identificato il bisogno dell'utente, indirizzerà all'assistente sociale o all'infermiere, se il caso ha prevalentemente natura sanitaria o sociale. L'assistente sociale o l'infermiere indirizzerà quindi il caso alla UVT di pertinenza che provvederà a decidere in merito all'inserimento del soggetto fragile nella struttura più appropriata che potrà essere una RSA, le Cure Domiciliari, un centro diurno, un centro riabilitativo ecc.

Nel territorio aziendale è presente una sola struttura privata qualificata che permette l'inserimento e l'accoglienza dei soggetti non autosufficienti per differenti livelli di intensità di cure necessarie: la Residenza Sanitaria Assistenziale "Fondazione Istituti Riuniti di Milis". Tuttavia a breve si potrà contare sulla presenza di una seconda struttura privata, che sarà dislocata presso il comune di Ales, che potrà essere di aiuto al soddisfacimento dell'elevato bisogno di tale livello assistenziale della Provincia.

Nella tabella 9 è rappresentata la spesa aziendale per l'inserimento di soggetti non autosufficienti nelle diverse strutture regionali. Si può ben notare che il maggior contributo per gli inserimenti è dato dalla RSA di Milis e solo in pochi casi ci si rivolge ad altre strutture regionali (nella maggior parte dei casi per avvicinare il paziente al domicilio dei parenti).

Dal confronto tra la spesa che si è verificata nell'anno 2010 e la tendenza per l'anno 2011 (tabella 9), emerge il crescente bisogno di residenzialità sanitaria territoriale, legato anche all'aumentare della popolazione anziana in questa provincia. La spesa che si prospetta per l'anno 2011 è ben oltre il tetto di spesa assegnato a questa Azienda dalla Regione Sardegna per lo stesso anno (€ 1.161.031).

Tale incremento di spesa trova giustificazione oltre che nel maggior carico di una popolazione più anziana, e quindi di un maggior numero di persone con patologie croniche,

anche nella necessità di dimettere in tempi brevi da parte delle strutture ospedaliere verso strutture che garantiscano l'assistenza sanitaria e riabilitativa postacuzie, nonché nella necessità di garantire prestazioni Terapeutico Riabilitative ai pazienti non assistibili a domicilio in assenza della famiglia. A ciò si aggiunge la necessità di inserire pazienti Ventilati stabilizzati che non possono essere più assistiti in ospedale né in famiglia e la necessità di assicurare l'assistenza sanitaria ai pazienti terminali.

**ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE - RSA
SPESA PER INSERIMENTI IN STRUTTURE PRIVATE**

ANNO 2010

STRUTTURA	IMPORTO
Fondazione Istituti Riuniti di Assistenza Sociale Onlus - Milis	1.230.395
Fondazione Stefania Randazzo - Cagliari	81.320
RSA Mons.V.Angioni - Flumini Quartu S.Elena	69.138
RSA della ASL N. 8 - Cagliari	56.706
San Raffaele Spa R.S.A. Rosa del Marganai	0
Altre RSA	59.839
TOTALE	1.497.398

ANNO 2011 (proiezione sul I semestre)

STRUTTURA	IMPORTO
Fondazione Istituti Riuniti di Assistenza Sociale Onlus - Milis	1.407.435
Fondazione Stefania Randazzo - Cagliari	146.831
RSA Mons.V.Angioni - Flumini Quartu S.Elena	10.688
RSA della ASL N. 8 - Cagliari	15.040
San Raffaele Spa R.S.A. Rosa del Marganai	49.326
Altre RSA	93.648
TOTALE	1.722.968

Tabella 9

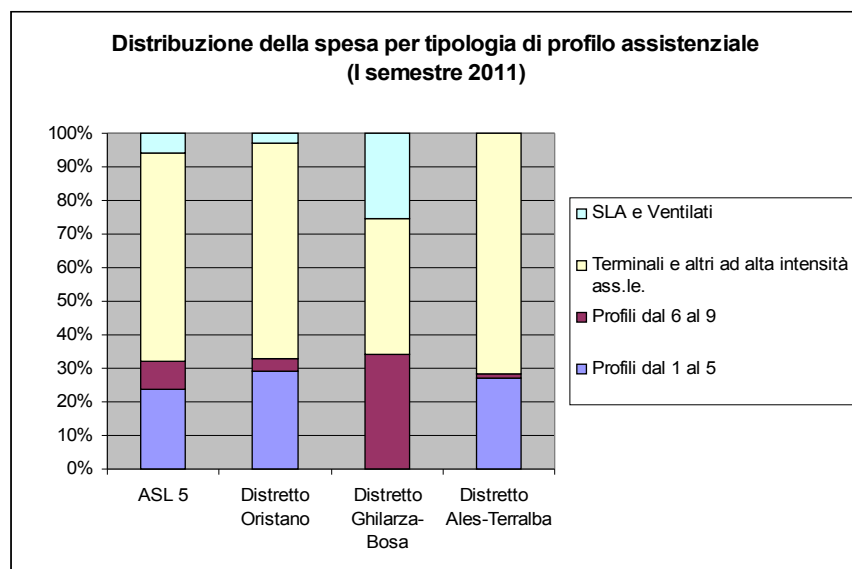


Figura 1

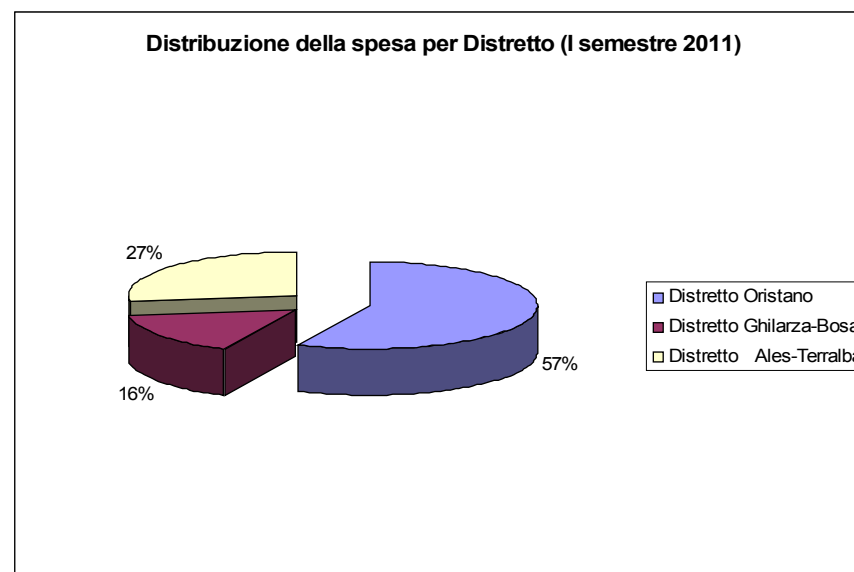


Figura 2

b. 3.3) L'assistenza alle persone con disabilità

L'attività di riabilitazione rivolta alle persone con disabilità si concretizza nell'offerta di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 e prestazioni specialistiche di riabilitazione DM 22.07.96.

L'insieme delle strutture che rappresentano l'offerta a livello aziendale è la seguente:

Centri pubblici che erogano prestazioni di riabilitazione in regime ambulatoriale e domiciliare:

- Centro di riabilitazione globale di Oristano
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Samugheo
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Terralba
- Centro di riabilitazione globale di Ghilarza
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Ales
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Mogoro
- Centro di riabilitazione globale di Bosa

Centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione in regime ambulatoriale e domiciliare:

- Centro di Riabilitazione AIAS
- Centro di Riabilitazione CTR Primavera
- Centro di Riabilitazione FKT P. e M.
- Centro di Riabilitazione Sacro Cuore
- Centro di Riabilitazione S.B. srl

Centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione in regime residenziale e semiresidenziale:

- Centro di Riabilitazione Nostra Signora del Rimedio Onlus - Istituto Santa Maria Bambina

Risulta prevalente l'attività del privato, rispetto all'attività del pubblico, nell'erogazione di prestazioni domiciliari e ambulatoriali e totalmente a carico del privato le prestazioni residenziali e semiresidenziali (tabelle 10 e 11).

**PRESTAZIONI EROGATE PRESSO I CENTRI AZIENDALI
I SEMESTRE 2011**

TRATTAMENTI AD ADULTI	ASL 5	
	n. prestazioni	importo
Assistenza Ambulatoriale	3.576	159.106
Ambulatoriale Estensiva	3.086	141.956
Ambulatoriale Mantenimento	490	17.150
Assistenza Domiciliare	1.176	50.603
Domiciliare Estensiva	845	38.025
Domiciliare Mantenimento	331	12.578
TOTALE	4.752	209.709
TRATTAMENTI INFANZIA E ADOLESCENZA	ASL 5	
	n. prestazioni	importo
Assistenza Ambulatoriale	1.193	54.878
Assistenza Domiciliare	135	6.075
TOTALE	1.328	60.953

Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte: Distretti Socio Sanitari Aziendali. UU.OO. Servizi di Assistenza Riabilitativa a Soggetti Disabili
Tabella10

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE - RIABILITAZIONE GLOBALE				
SPESA ANNO 2010		SPESA I SEMESTRE 2011		Contratti 2009-2010
STRUTTURA	IMPORTO	STRUTTURA	IMPORTO	IMPORTO
Fondazione Nostra Signora del Rimedio Onlus	663.741	Fondazione Nostra Signora del Rimedio Onlus	606.462	939.374
Opera Gesu' Nazareno Srl	190.761	Opera Gesu' Nazareno Srl	72.634	152.019
A.I.A.S. Associazione Italiana Assistenza Spastici	179.384	A.I.A.S. Associazione Italiana Assistenza Spastici	64.527	71.608
Altre Strutture	72.733	Altre Strutture	30.076	
TOTALE	1.106.619	TOTALE	773.699	

ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE - RIABILITAZIONE GLOBALE				
SPESA ANNO 2010		SPESA I SEMESTRE 2011		Contratti 2009-2010
STRUTTURA	IMPORTO	STRUTTURA	IMPORTO	IMPORTO
A.I.A.S. Associazione Italiana Assistenza Spastici	454.669	A.I.A.S. Associazione Italiana Assistenza Spastici	266.728	438.423
Coop. Sociale CTR Onlus	293.122	Coop. Sociale CTR Onlus	169.679	237.454
Centro Fisioterapico S.B. Srl	163.885	Centro Fisioterapico S.B. Srl	109.021	174.599
Centro Medico Fkt di Piria e Musso snc	108.888	Centro Medico Fkt di Piria e Musso snc	93.656	49.371
Fondazione Nostra Signora del Rimedio Onlus	94.523	Centro Sacro Cuore di Farci Bruno e C. snc	58.228	91.877
Centro Sacro Cuore di Farci Bruno e C. snc	87.953	Fondazione Nostra Signora del Rimedio Onlus	41.546	
Altre Strutture	61.185	Altre Strutture	6.817	
TOTALE	1.264.224	TOTALE	745.675	

Tabella 11

Con i Centri privati sopra elencati, che insistono nella Provincia, l'Azienda ha sottoscritto dei contratti per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26; ha provveduto tuttavia a stipulare apposito contratto con la struttura Opera Gesù Nazareno di Sassari per prestazioni di tipo residenziale. Si riporta in allegato il valore delle prestazioni erogate nel 2010 e nel I semestre 2011 con tali strutture, rispetto a quanto contrattato nell'anno 2009-2010.

Dall'esame della tabella 11 si può notare che rispetto all'anno 2010, nell'anno in corso si prospetta una tendenza verso un forte aumento della spesa per l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato dovuto non solo all'aumento delle prestazioni ma soprattutto all'aumento delle tariffe deciso con deliberazione della giunta regionale n. 9/10 del 22.02.2011. L'unica inversione di tendenza, con una leggera diminuzione del fatturato, si registra per il Centro AIAS, dovuto alla chiusura dei Centri di Cabras e Laconi rispettivamente nel giugno 2010 e aprile 2011.

Appare chiaro che anche volendo mantenere inalterato, rispetto all'anno 2010, lo stesso volume di attività da acquisire dal privato accreditato, il tetto di spesa indicato dalla Regione Sardegna (€ 2.400.512), e quindi il valore contrattuale dei contratti sottoscritti tra Centro Privato e ASL 5, risultano insufficienti.

Le figure che seguono mostrano rispettivamente la distribuzione percentuale della spesa Aziendale rispetto ai tre Distretti Socio Sanitari e la distribuzione della spesa per tipologia di assistenza riabilitativa, in riferimento ai dati di attività del I semestre 2011.

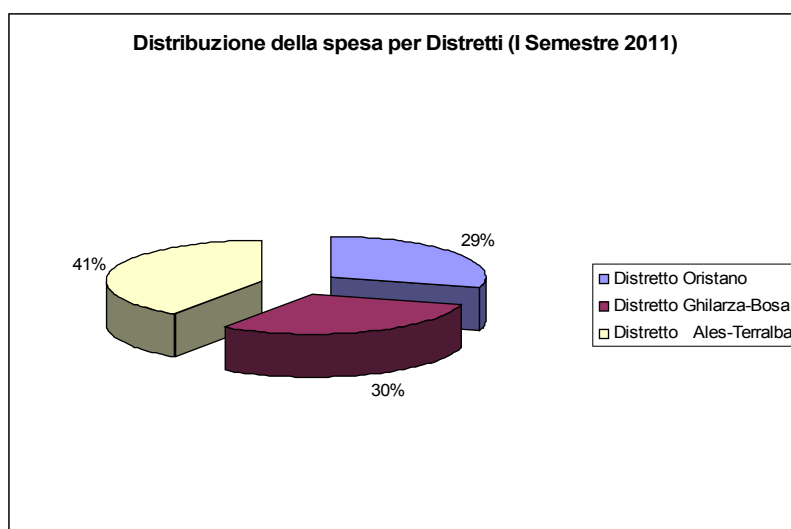


Figura 3

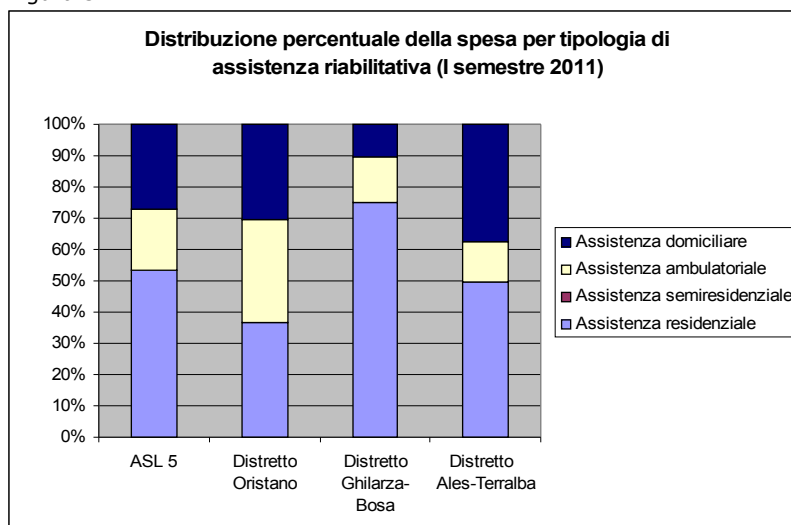


Figura 4

A livello aziendale si nota (figura 4) innanzitutto la necessità di lavorare sulla costruzione dei percorsi riabilitativi in maniera condivisa tra i tre Distretti Socio Assistenziali; inoltre si può notare come, a livello aziendale, le prestazioni erogate siano quasi equamente distribuite tra il regime residenziale e quello ambulatoriale e domiciliare, mentre è totalmente assente il regime semiresidenziale.

Un differente approccio al trattamento dei diversi bisogni di assistenza, che tenga conto delle prestazioni più appropriate per intensità riabilitativa (posti letto in riabilitazione ospedaliera, RSA, prestazioni riabilitative ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali e prestazioni specialistiche riabilitative), necessitano di un lavoro congiunto dei professionisti coinvolti per la definizione di percorsi che possano orientare in merito alle decisioni concernenti le modalità assistenziali più appropriate. Inoltre appare carente la presenza di programmi terapeutici integrati con le attività sociali, di pertinenza degli enti locali, che spesso rappresentano la maggior causa di abuso di tali prestazioni rispetto all'attivazione di programmi specifici rispondenti a bisogni prettamente socio-sanitari (tabella 12).

Valore delle prestazioni residenziali e semiresidenziali autorizzate presso strutture private accreditate nel triennio

	ASL 5			
	2009	2010	2011*	I sem 2011
Assistenza residenziale	943.689	988.126	1.727.374	863.687
Assistenza semiresidenziale	0	0	0	0
di cui a valenza socio riabilitativa	128.163	139.509	367.432	183.716

Tabella 12

Un grande contributo, che necessiterà di operazioni di integrazione e coordinamento tra operatori dei centri pubblici e le UU.OO. dei presidi ospedalieri, è rappresentato dalla prossima istituzione dei posti letto di riabilitazione per il trattamento dei casi in post acuzie nel PO San Martino.

b. 3.4) Le cure a domicilio

Nonostante la ridefinizione delle attività assistenziali riferibili all'assistenza territoriale domiciliare e agli interventi ospedalieri a domicilio, avvenuta nel 2006, risulta tutt'ora indispensabile organizzare meglio l'offerta di tali tipologie di attività. Le maggiori criticità si riscontrano nella mancanza di procedure omogenee di presa in carico del paziente e di cura e assistenza per patologia sulla base dell'intensità del bisogno. A questo proposito i tre Distretti Socio Sanitari stanno procedendo a tracciare una linea comune di intervento con la definizione di un regolamento aziendale sulle Cure Domiciliari contenente le modalità di presa in carico del paziente e l'indicazione delle priorità di accesso al servizio tramite le UVT, nonché il percorso a seguito di dimissione ospedaliera. Altra importante criticità è l'insufficiente personale dedicato sia infermieristico che specialistico nonché di personale che operi per garantire l'assistenza riabilitativa da destinare alle cure domiciliari.

Pur tuttavia, nonostante la presenza di tali forti criticità, nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata di secondo livello (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si sta provvedendo inoltre a potenziare le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato e si sta proseguendo, nell'ambito delle cure domiciliari integrate di terzo livello,

(attività di ospedalizzazione domiciliare), con l'esecuzione del progetto riferito alle cure a domicilio di alcuni pazienti in SLA (sclerosi laterale amiotrofica), precedentemente ricoverati nel reparto ospedaliero di rianimazione.

Nel I semestre 2011, nei tre Distretti dell'Azienda, sono stati seguiti complessivamente 842 pazienti (circa l'83% dei pazienti hanno una età superiore ai 65 anni), e sono state effettuate cure prestazionali su 1.224 pazienti perlopiù anziani (tabella 14 e 13). Le patologie prevalenti di tali pazienti sono le piaghe da decubito, le patologie neoplastiche in fase terminale, le demenze di tipo Alzheimer e altre patologie croniche.

CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI
I SEMESTRE 2011

	ASL 5	Distretto Oristano	Distretto Ghilarza-Bosa	Distretto Ales- Terralba
PAZIENTI	Numero	Numero	Numero	Numero
Numero pazienti	1.224	40	968	216
- di cui di età superiore ai 65 anni	1.142	37	903	202

Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte: Distretti Socio Sanitari Aziendali. UU.OO. Attività e Servizi di Assistenza e Cure Domiciliari
Tabella 13

**CURE DOMICILIARI INTEGRATE
I SEMESTRE 2011**

	ASL 5		Distretto Oristano		Distretto Ghilarza-Bosa		Distretto Ales-Terralba	
PAZIENTI	n. tot.	> ai 65 anni ¹	n. tot.	> ai 65 anni ¹	n. tot.	> ai 65 anni	n. tot.	> ai 65 anni
N.Pazienti al 01/01/2011	516		171		170		175	
- di cui di età superiore ai 65 anni		509		187		175		147
N. nuovi inserimenti al 30.06.2011	326		112		93		121	
- di cui di età superiore ai 65 anni		189		45		39		105
TOTALE	842	698	283	232	263	214	296	252
N. dimessi	55		12		28		15	
N.deceduti	218		90		60		68	
TOTALE	569		181		175		213	

Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte: Distretti Socio Sanitari Aziendali. UU.OO. Attività e Servizi di Assistenza e Cure Domiciliari

¹ dato stimato dei pazienti >65 del Distretto di Oristano II trimestre

Tabella 14

b. 4) La Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche deve operare per soddisfare l'esercizio delle funzioni attribuite in materia di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e integrazione culturale, familiare, sociale e lavorativa dei pazienti con disagio mentale e affetti da dipendenze patologiche.

A tal fine nel Dipartimento è presente un complesso dei servizi e strutture costituito da équipes multidisciplinari formate da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri professionali e tutte quelle altre figure necessarie per affrontare la complessità dei problemi connessi alla malattia mentale e alle dipendenze patologiche.

E' inoltre presente un'integrazione con i servizi sociali comunali e dei rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, le associazioni di volontariato, le forze culturali e sociali del territorio.

Al momento sono operativi i sotto elencati servizi:

Distretto di Oristano: Centro di Salute Mentale
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SERD
n. 1 Gruppo Residenziale di Integrazione Sociale
(Samugheo).

Distretto di Ales-Terralba: Centro di Salute Mentale

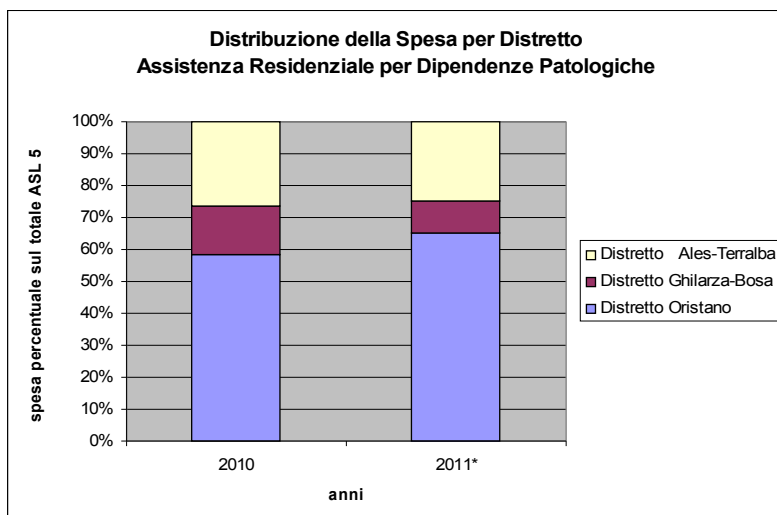
Distretto di Ghilarza-Bosa: n. 2 Centri di Salute Mentale
n. 1 Struttura Residenziale ad alta intensità terapeutica
(Busachi);

Tra le novità intervenute in riferimento ai servizi del DSMD si ricorda la chiusura della Casa Famiglia di Ales con il conseguente trasferimento dei pazienti nella nuova struttura residenziale ad alta intensità terapeutica di Busachi che potrà ospitare complessivamente un numero di 16 utenti. Inoltre l'apertura del nuovo Gruppo Residenziale di Integrazione Sociale di Samugheo permetterà l'inserimento di ulteriori 8 utenti con disturbi psicopatologici che comportano ridotte capacità di vita autonoma e che possono trarre un significativo vantaggio e sostegno dalla vita comunitaria.

Tra le azioni del Dipartimento, i progetti terapeutici e riabilitativi messi in campo hanno avuto la finalità di promuovere l'autonomia e la guarigione delle persone, cercando di limitare al minimo il periodo di "dipendenza" dal servizio. E' inoltre operativo uno specifico servizio, a valenza aziendale, deputato al reinserimento lavorativo. E' fondamentale a questo riguardo l'incremento dei rapporti con il mondo del lavoro onde garantire ai pazienti, in modo particolare a quelli più gravi, un reinserimento nel mondo lavorativo, e nella società più in generale, nel più breve tempo possibile.

Su questo fronte si è investito nell'inserimento dei pazienti in comunità terapeutiche adeguate. Le tabelle 15 e 16 mostrano la spesa nel biennio 2010-2011 rispettivamente per l'inserimento di persone con disturbo mentale che si conferma pari a circa 2.100.000 di euro l'anno, e per l'inserimento di persone affette da dipendenze pari a circa 400.000 euro l'anno.

La figura 5 mostra in quale maniera è stato interessato al fenomeno della dipendenza il nostro territorio. Emerge infatti quanti pochi inserimenti siano stati fatti sulla popolazione del distretto di Ghilarza-Bosa.



Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte:
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. U.O. Servizio per le Dipendenze

*proiezione sul I semestre 2011

Figura 5

Sempre sul fronte degli inserimenti le tabelle DSMD1 e 2 mostrano come nel tempo si è cercato di incrementare il ricorso all'inserimento dei pazienti nelle strutture operanti nel nostro territorio regionale unitamente alla realizzazione di progetti alternativi che consentano ai pazienti ricoverati in OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) il rientro nella nostra regione.

Questo obiettivo di rientro nel territorio di appartenenza non sempre è perseguibile, soprattutto per i pazienti affetti da dipendenze per cui tra gli approcci terapeutici è indispensabile adottare anche l'allontanamento dall'ambiente in cui è vissuto il disagio.

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE - PERSONE CON DISTURBO MENTALE

SPESA ANNO 2010

STRUTTURA	IMPORTO
Cooperativa Sociale L'Arca Soc.Coop.Sociale arl (Ghilarza)	804.149
Coop. Sociale CTR Onlus (Santa Giusta)	658.179
Centro Ippocrate Srl (Cagliari – Uta)	132.184
A.P.Pro.Di Assoc. per la Promozione dei Diritti del Malato Mentale (Nuoro)	96.040
Comunita Lahuen Sas (Orvieto)	85.060
Societa' Cooperativa Sociale Interactive (Torino Villaregia)	61.560
Soc.Coop.Sociale Sacro Cuore arl onlus (Borore)	61.034
Centro D'Ascolto Madonna del Rosario (Villacidro)	51.100
Altre Strutture	245.384
TOTALE	2.194.688

SPESA ANNO 2011 (proiezione sul I semestre)

STRUTTURA	IMPORTO
Cooperativa Sociale L'Arca Soc.Coop.Sociale arl (Ghilarza)	731.397
Coop. Sociale CTR Onlus (Santa Giusta)	623.755
Centro Ippocrate Srl (Cagliari – Uta)	236.709
A.P.Pro.Di Assoc. per la Promozione dei Diritti del Malato Mentale (Nuoro)	96.600
Comunita Lahuen Sas (Orvieto)	85.840
Societa' Cooperativa Sociale Interactive (Torino Villaregia)	61.969
Centro D'Ascolto Madonna del Rosario (Villacidro)	56.364
Socialmed (Aosta)	52.965
Altre Strutture	181.029
TOTALE	2.126.628

Tabella 15

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE - DIPENDENZE PATOLOGICHE

SPESA ANNO 2010

STRUTTURA	IMPORTO
Centro D'ascolto Madonna del Rosario (IR)	87.902
L'aquilone Centro Sardo di Solidarieta' (IR)	71.246
CUFRAD (ER)	54.729
Comunita' Terap. San Gaetano Thiene O.N.L.U.S. (ER)	39.961
Il Gabbiano Societa' Coop. Sociale (ER)	25.144
Il Ponte - Centro di Solidarieta' Onlus (ER)	21.163
Associazione Primavera Onlus (IR)	18.669
Casa Emmaus Associazione Volontariato (IR)	17.656
Altre Strutture	52.396
TOTALE	388.866

SPESA ANNO 2011 (proiezione sul I semestre)

STRUTTURA	IMPORTO
Centro D'ascolto Madonna del Rosario (IR)	74.798
Centro di Solidarieta' Don Lorenzo Milan (ER)	65.100
CUFRAD (ER)	54.764
Casa Emmaus Associazione Volontariato (IR)	46.947
Associazione Primavera Onlus (IR)	36.274
Comunita' Terap. San Gaetano Thiene Onlus (ER)	32.972
Centro Torinese di Solidarieta' (ER)	21.737
Altre Strutture	45.041
TOTALE	377.633

Tabella 16

b. 5) L'assistenza Farmaceutica

Si riporta una breve analisi circa l'andamento della spesa farmaceutica con riferimento all'anno 2010 e una comparazione rispetto alle altre Aziende della Sardegna e alla media regionale (fonte Marno). Si può notare dalla tabella sotto rappresentata come la spesa farmaceutica lorda (convenzionata e per conto) della ASL 5 sia la terza in termini di volume dopo la ASL di Cagliari e Sassari; naturalmente una comparazione tra aziende è utile se fatta rispetto alla popolazione pesata che vede invece la ASL di Oristano in una posizione di favore rispetto alle altre aziende della regione, sia in termini di numero di pezzi consumati che di numero di ricette emesse, si nota infine una buona posizione (al di sotto della media regionale) anche rispetto alla spesa lorda.

Anno 2010

Quadro d'insieme (farmaceutica convenzionata e dispensazione "per conto")

Aziende Sanitarie	Valori complessivi (convenzionata e DPC)			Pro-capite (popolazione pesata)			Spesa finale effettiva
	Ricette	Pezzi	Spesa Lorda	N° pezzi	N° Ricette	Spesa lorda	
1 Sassari	3.609.764	6.215.353	82.300.434	18,43	10,70	243,99	72.789.889
2 Olbia Tempio	1.490.029	2.622.229	34.709.850	17,56	9,98	232,37	30.536.498
3 Nuoro	1.717.805	3.096.657	38.588.155	18,95	10,51	236,15	34.269.630
4 Ogliastro	634.225	1.076.558	14.512.838	18,32	10,79	246,96	12.806.456
5 Oristano	1.887.929	3.262.309	42.887.529	18,59	10,76	244,37	37.766.547
6 Medio Campidano	1.183.643	2.057.475	27.014.510	19,60	11,28	257,39	23.825.765
7 Carbonia Iglesias	1.516.524	2.698.378	36.468.154	20,15	11,33	272,39	31.791.912
8 Cagliari	6.078.130	10.756.936	147.750.185	19,59	11,07	269,03	128.920.438
Regione Sardegna	18.118.049	31.785.895	424.231.654	19,01	10,83	253,67	372.707.136

Nel primo semestre 2011 si registra una spesa lorda per l'assistenza farmaceutica convenzionata in diminuzione rispetto al primo semestre dell'anno precedente dell' 1,2%, (€ 19.285.544 contro € 19.058.077). Tale riduzione però è dovuta in gran parte alla diminuzione dei prezzi (-4,9%), e non anche ad una riduzione dei consumi che invece aumentano del 6,1%.

Atteso che l'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica è un obiettivo nazionale e regionale ormai imprescindibile, risulterà però difficile portare tale spesa al 13% rispetto al budget aziendale. Tuttavia gli sforzi dell'Azienda devono andare verso questa direzione con azioni indirizzate su diversi fronti.

- Implementazione della distribuzione diretta e per conto dei farmaci e della erogazione diretta del primo ciclo di terapia.
- Incrementare la distribuzione dei farmaci equivalenti.
- Informazione medica sull'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso linee guida, e sulla normativa in materia di impiego dei farmaci ai medici prescrittori.
- Sorveglianza sui presidi sanitari e dietetici dispensati dalle farmacie convenzionate.
- Invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici.
- Continuo confronto e dialogo mediante l'organizzazione di momenti di studio e analisi in materia di farmaco economia e farmacovigilanza con i medici prescrittori.
- Attuazione del progetto di realizzazione del magazzino unico aziendale.

Parte II

a) Le principali problematiche e gli obiettivi programmatici e i progetti

Questa parte illustra le informazioni in merito alle principali problematiche sanitarie e socio-sanitarie da affrontare nel triennio, in riferimento agli obiettivi aziendali.

a. 1) Il Governo Clinico quale strumento di miglioramento della qualità dei servizi offerti

L'obiettivo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi offerti presuppone un approccio metodologico indirizzato nell'ottica del "governo clinico". Il governo clinico dovrebbe essere utile a porre le condizioni organizzative, tecniche ed economiche affinché i servizi e le prestazioni sanitarie erogati ai pazienti siano coerenti e appropriati ai loro bisogni e inseriti nell'ambito di un meccanismo continuo di valutazione. Un'analisi effettuata in azienda nel corso del 2011, sulle aree che risultano carenti per poter assicurare una governance clinica, ha dimostrato che importanti interventi sono necessari su diversi ambiti.

Tra i presupposti funzionali e strutturali risulta infatti prioritario intervenire nei seguenti ambiti: gestione dei Sistemi Informativi, della Programmazione e Controllo, dell'Organizzazione aziendale e della Cultura dell'apprendimento. In tema di aree della clinical governance, tra le aree che risultano deboli, e sulle quali la direzione intende intervenire, si riscontra quella relativa al rischio clinico e al sistema di qualità. Su questi fronti pertanto la direzione aziendale intende potenziare l'organico della Tecnostruttura e costruire la rete di relazioni tra quest'ultima e le Macrostrutture per costruire insieme un corretto sistema di governance. Risulta pertanto necessario in via prioritaria revisionare l'attuale sistema di definizione delle funzioni/ruoli organizzativi in capo alle direzioni di dipartimento e alle direzioni di distretto e delle attività di coordinamento tra dette funzioni/ruoli e quelle della tecnostruttura (sistema informativo, risk management; qualità; analisi epidemiologica, programmazione e controllo; formazione), nonché attivare meccanismi organizzativi di coordinamento tra servizi omologhi, ma più in generale tra i diversi servizi aziendali.

A tal proposito sarà utile richiamare il ruolo dei dirigenti, ed in particolare dei direttori di macrostruttura e di dipartimento, nella implementazione del governo clinico.

Le attività assistenziali con il coordinamento della direzione sanitaria aziendale, della direzione di distretto e di dipartimento e della funzione qualità, dovranno lavorare per favorire il coordinamento degli atti assistenziali con la gestione dell'intero percorso di cura e per lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, che costituiscono l'ambito privilegiato nel quale i principi e gli obiettivi correlati al governo clinico possono essere contestualizzati e condivisi al fine di essere tradotti in progetti operativi all'interno delle unità organizzative.

Dovranno essere quindi definiti metodi e tecniche di controllo della qualità dell'assistenza e del servizio al cittadino/paziente ed effettuato un monitoraggio periodico delle attività svolte, al fine di individuare i miglioramenti da apportare alla gestione dei servizi.

Il terreno su cui muoversi e da sviluppare è pertanto quello della progettazione e implementazione dei PDTA (protocolli diagnostico terapeutici assistenziali), impiegando metodi e strumenti definiti nell'ambito del sistema di Qualità aziendale, e facendo riferimento alle esperienze diffuse (evidence based practice); importante è anche lo sviluppo del relativo sistema di audit clinico -assistenziale per verificare le pratiche maggiormente efficaci al fine di un miglioramento costante delle stesse. L'aggiornamento scientifico e la consultazione di evidenze a supporto della pratica assistenziale è da sviluppare soprattutto per quanto attiene la EBN (evidence based nursing), sia mediante l'organizzazione di sessioni di formazione sia facilitando l'accesso on line a tali strumenti.

A supportare con successo la realizzazione di tale progetto di miglioramento risulta essere fondamentale modificare l'approccio sino ad ora utilizzato nella cultura dell'apprendi-

mento. E' infatti indispensabile programmare la formazione secondo i presupposti del fabbisogno rilevato e della pianificazione dei percorsi formativi su base triennale, in coerenza con gli obiettivi aziendali, prevedendo un monitoraggio sull'efficacia degli interventi stessi.

a. 2) Modifica e integrazione dell'attuale modello organizzativo aziendale nel rispetto delle direttive regionali

La Regione Sardegna sta provvedendo alla definizione del nuovo piano regionale di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e interverrà a breve con la definizione di direttive in tal senso rivolte alle aziende. Si renderà pertanto necessario un intervento da parte di questa azienda mirato alla modifica e alla integrazione dell'attuale modello organizzativo aziendale.

Tra le azioni da sviluppare sarà prioritario provvedere alla definizione del nuovo atto aziendale e alla conseguente ridefinizione delle le funzioni e dei ruoli organizzativi in capo ai direttori di macroarea.

Altro importante ambito da sviluppare, che risulta carente, è quello che attiene al processo di programmazione – controllo - valutazione dell'azienda. In tale ambito sarà di supporto alla direzione il lavoro dell'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione), di recente nomina, che si adopererà innanzitutto per la costruzione del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance.

Tra le azioni già attuate nell'anno in corso si cita la recente attivazione del Servizio Aziendale di Assistenza Infermieristica Ostetrica e delle Professioni Sanitarie (SPS), che eserciterà funzioni d'indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, della prevenzione, e del personale di supporto che opera in ambito ospedaliero, territoriale e domiciliare. Tale servizio assicurerà l'impiego ottimale del proprio personale per fornire assistenza e prestazioni individualizzate di qualità a tutti gli utenti/clienti, interni o esterni, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche, e concorrerà al conseguimento della mission aziendale presidiando le funzioni di gestione del personale afferente, attraverso la programmazione, la selezione e l'inserimento, l'allocazione, l'orientamento, la valutazione e lo sviluppo dei percorsi e dei processi di competenza. Sarà presto deliberato il Regolamento per la gestione del Servizio e sarà presto definito il quadro organizzativo nel suo complesso. Il SPS si adopererà affinché siano avviate attività formative prima e operative poi, orientate agli strumenti standard della qualità: procedure, protocolli, percorsi clinico – assistenziali ospedale – territorio. Collaborerà al progetto cartella informatizzata clinico-assistenziale integrata sia ospedaliera che per le cure domiciliari. Progetterà inoltre nuovi modelli organizzativi quali l'ambulatorio infermieristico ospedale – territorio di wound care (trattamento delle lesioni croniche difficili) da collocare sia in ambito ospedaliero che territoriale e predisporrà un progetto per l'assistenza domiciliare "Infermiere di Comunità" nell'ottica del "cronic care model".

Coerentemente con le azioni rivolte agli sviluppi del nuovo sistema di funzioni e di responsabilità, nonché al nuovo sistema di misurazione della performance, si proseguirà con l'attività di implementazione dei sistemi amministrativi per il governo e il controllo della spesa.

Tra i progetti attuati, e da sviluppare nel 2012, compare quello relativo all'individuazione di un budget per tutti i conti della contabilità generale, mediante l'assegnazione di quote di competenza a ciascun gestore amministrativo del processo di spesa, da intendersi quale limite di spesa. Sono stati infatti formalmente definiti i budget aziendali per singoli conti e sono state approvate le procedure operative per la gestione ordinaria delle quote di competenza di ciascuna struttura coinvolta, in modo tale che ciascun Responsabile di struttura interessato fosse responsabilizzato sulla necessità di monitorare costantemente la gestione delle proprie quote. Si proseguirà inoltre nel progetto di implementazione della contabilità analitica e nelle attività di monitoraggio sulla corretta alimentazione del dato in essa contenuto in termini di completezza e attendibilità.

Per quanto riguarda i beni patrimoniali si sta portando avanti un progetto di valorizzazione del patrimonio aziendale con diversi interventi e azioni. Si sta infatti procedendo all'aggiornamento dei dati catastali al fine di ottenere un elenco aggiornato degli

immobili e terreni quantificandone il valore in base al valore attuale di mercato; si è provveduto a stipulare i contratti agrari in scadenza con la conseguente rideterminazione ed aggiornamento dei canoni di locazione; si stanno compiendo tutti gli atti preliminari per l'avvio delle procedure di alienazione di alcune aree di proprietà dell'azienda, proponendo prioritariamente l'acquisto agli attuali affittuari; si sta infine procedendo al costante e continuo aggiornamento dell'inventario aziendale.

a. 3) La ricerca di una adeguata risposta assistenziale nell'ambito dell'Assistenza Ospedaliera

Tra le criticità che caratterizzano l'assistenza ospedaliera, non solo in ambito aziendale ma regionale e nazionale, si riscontra il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione spesso dovuto ad una scarsa rete assistenziale territoriale povera di strutture o ad una inadeguata presenza di posti letto per la gestione delle post acuzie. Ne consegue che spesso l'attività relativa alla gestione delle acuzie sia inappropriata o inefficiente.

La necessità di orientare l'attività verso livelli di sempre maggiore appropriatezza porta l'azienda a ragionare sull'opportunità non solo di sviluppare l'attività territoriale e l'attività delle post acuzie ma di incrementare il ricorso a forme diverse dal ricovero ordinario quali appunto i ricoveri diurni piuttosto che le attività ambulatoriali (day service). Sarà inoltre indispensabile implementare la definizione e l'attivazione dei PDTA (protocolli diagnostico terapeutici assistenziali), per perseguire dei buoni livelli di appropriatezza clinica e ottenere una reale integrazione ospedale territorio che porterà dei frutti anche in termini di efficienza nell'uso delle risorse. Questi risultati saranno possibili solo mediante il ridisegno del modello organizzativo per la gestione delle funzioni di assistenza ospedaliera.

Gli interventi di tipo organizzativo che si intendono a tale scopo intraprendere, concepiscono il Presidio Ospedaliero San Martino come ospedale generale di rete, con sede a Oristano e con due sedi ospedaliere distaccate a Ghilarza (Presidio Ospedaliero Delogu) e a Bosa (Presidio Ospedaliero Mastino). La specifica vocazione degli ultimi due presidi sarà indirizzata ad ottenere una integrazione di attività ospedaliere con attività distrettuali, nonché di forme alternative ai ricoveri ordinari per acuti (day hospital, day surgery, week surgery, day service) mediante un coordinamento di tipo dipartimentale. Ciò permetterà di avere una visione unitaria delle problematiche di tipo organizzativo e/o tecnico-professionale e eviterà sovrapposizioni e/o ridondanze nei servizi attivati e nelle prestazioni offerte. La specializzazione dei presidi periferici su attività a minore complessità, ma di più ampia utilità per la popolazione locale in termini di risposta ai bisogni assistenziali del territorio, dovrà condurre ad un governo dell'offerta più efficiente ma anche più efficace in termini di qualità delle prestazioni erogate. Infatti lavorare in equipe e non più a compartimenti stagni in totale autonomia, non può che migliorare la professionalità degli operatori garantendo lo stesso trattamento clinico e lo stesso percorso diagnostico terapeutico a tutti i pazienti ovunque essi siano residenti.

Sarà inoltre importante orientare l'attività sempre più verso forme di integrazione tra ospedale e territorio; a tal proposito i vari operatori si stanno adoperando per la definizione di procedure condivise sia per addivenire alla definizione di percorsi di cura omogenei, quantomeno per le patologie a maggior diffusione, sia alla definizione di un corretto percorso di deospedalizzazione.

Oltre alla presenza di un diverso approccio organizzativo e operativo, contribuirà a migliorare l'offerta dei servizi la nuova collocazione dei reparti nei corpi M e DEA. Il trasferimento delle attività al nuovo corpo DEA permetterà di incrementare l'attività operatoria sia per la presenza di nuovi spazi che per la previsione del reclutamento di personale per la costituzione di una ulteriore equipe di sala operatoria. Anche i nuovi spazi per la diagnostica per immagini permetteranno di utilizzare dei percorsi distinti tra prestazioni rivolte agli utenti esterni piuttosto che per i pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri.

Si proseguirà inoltre, con le risorse disponibili, a portare avanti lo sforzo in tema di ristrutturazione e sviluppo dei locali e contemporaneamente all'ammodernamento e all'incremento delle dotazioni tecnologiche per migliorare sempre più i servizi assistenziali coerentemente con il perseguimento degli obiettivi aziendali. I lavori di ristrutturazione relativi ai presidi di Ghilarza e Bosa infatti contribuiranno anche dal punto di vista logistico, al

progetto di integrazione delle attività ospedaliera e territoriale, per la creazione di un unico punto di accesso per tutti i servizi sanitari.

L'attuale dotazione di posti letto non appare congrua, sia dal punto di vista quantitativo che nella sua articolazione. Risulta infatti indispensabile procedere alla parziale riconversione e alla nuova istituzione di posti letto di degenza ordinaria per acuti e per ricoveri a ciclo diurno, nonché per lungodegenza e riabilitazione. Pertanto, in attesa del nuovo piano regionale di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, che darà indicazioni sulla diversa articolazione dei posti letto per area geografica e sulla nuova articolazione delle strutture organizzative, è allo studio di questa direzione il nuovo assetto organizzativo aziendale.

Si ribadisce infine che tra le criticità più importanti si riscontra l'inadeguatezza della dotazione di personale, in particolare medico e infermieristico: infatti, il contingentamento delle dotazioni e le limitazioni al turnover del personale cessante ha progressivamente determinato un impoverimento della già carente dotazione organica. Si prevede infatti di procedere con l'assunzione di personale medico e infermieristico anche in previsione del rafforzamento di alcune delle attività esistenti quali le Cure Domiciliari, la nefrologia, l'attività chirurgica anche ad indirizzo oncologico e l'attivazione di servizi nuovi quali la Stroke Unit e la Neuroriabilitazione.

Per quanto riguarda le attività operanti nel Dipartimento di Cure Mediche si prevede di garantire un miglior livello di assistenza con lo sviluppo e la specializzazione delle attività. A questo riguardo sarà indispensabile prevedere la presenza di diverse professionalità, aggiuntive rispetto all'organico attuale, quale un pneumologo, tre neurologi, 7 fisiatri e 4 nefrologi. Il potenziamento dell'organico così come descritto sarà utile alle attività del Dipartimento nel suo complesso, ma più precisamente sarà destinato alla creazione di nuovi servizi quali quello relativo alla gestione delle post acuzie, che migliorerà l'appropriatezza dei casi trattati dai reparti di area medica e alla creazione del servizio di Stroke Unit. L'organico aggiuntivo sarà inoltre destinato a potenziare le attività nefrologiche sia ospedaliere che territoriali, mediante l'attivazione di 16 posti rene nel Presidio San Martino e mediante il potenziamento dell'attività dei CAL di Terralba e Ghilarza per garantire il servizio quantomeno nel turno della mattina durante tutta la settimana.

Tra le altre azioni che si prevede di intraprendere si registra la dislocazione delle attività pneumologiche presso il Presidio Ospedaliero San Martino, così come già avviene per le attività diabetologiche. Per quanto concerne inoltre l'unità operativa di medicina del presidio San Martino si può affermare che la vecchia logica di macroreparto, con la quale è attualmente concepito, potrà trasformarsi in una opportunità per la creazione di un reparto multidisciplinare con diverse intensità di cura; si studierà pertanto il modello assistenziale più confacente alle esigenze per applicarlo a tale unità operativa. Nell'ambito del dipartimento, infine, s'intende dare seguito alle attività del centro di riferimento per l'Alzheimer presente a Ghilarza nel P.O. Delogu.

Si vuole sottolineare l'importanza della realizzazione del nuovo servizio di Stroke Unit (SU) che questa azienda intende attivare presso il Presidio San Martino di Oristano. La SU è un'area assistenziale dedicata alle malattie cerebrovascolari acute dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus. I malati vengono sottoposti ad un monitoraggio dei parametri vitali ed iniziano il più precocemente possibile un programma di riabilitazione personalizzato alle necessità individuali. Il programma diagnostico-terapeutico-riabilitativo deve essere svolto da un'équipe multiprofessionale composto da neurologi, cardiologi, infermieri, fisiatri e terapisti della riabilitazione specializzati nella cura dell'ictus. Sarà dunque necessario costituire una rete tra le varie unità operative per garantire un intervento rapido e definire accessi preferenziali soprattutto ai servizi di diagnostica. Utile pertanto a tale scopo sarà definire i protocolli congiuntamente alle unità operative ospedaliere coinvolte (pronto soccorso, medicina interna, cardiologia con il servizio di emodinamica, neuroriabilitazione, servizi della diagnostica) e servizi territoriali che garantiranno la continuità delle terapie riabilitative intraprese nel presidio ospedaliero. A questo proposito si rimarca la necessità di attivare i posti letto di neuroriabilitazione quale condizione indispensabile per assicurare l'avvio di una pronta attività di riabilitazione. La letteratura scientifica dell'ultimo decennio ha mostrato in modo inequivocabile che l'assistenza dell'ictus all'interno di una Stroke Unit riduce la mortalità e la disabilità conseguenti all'ictus ed

aumenta la percentuale di pazienti in grado di tornare al proprio domicilio dopo la fase acuta rispetto all'assistenza in un reparto di Medicina o anche in una Neurologia sprovvista di Stroke Unit.

Per quanto riguarda le attività di area chirurgica l'organizzazione dipartimentale dovrà essere capace di riorganizzare le risorse umane a livello aziendale per garantire la presenza di un team professionale, numericamente insufficiente a presidiare tre chirurgie nei tre presidi ospedalieri, che operi per linee di attività chirurgica specialistica e per entità e complessità della casistica trattata. Appare pertanto fondamentale la specializzazione per modalità di ricovero a ciclo diurno (day hospital, day surgery, week surgery, day service), nei presidi Delogu di Ghilarza e Mastino di Bosa, che permetterà di garantire la presenza anche delle branche specialistiche quali urologia, ortopedia e ginecologia; a questo proposito si segnala che attualmente si sta procedendo ad offrire tale servizio presso il presidio Delogu per la branca di ortopedia. Si procederà inoltre a portare avanti lo sviluppo della gamma dell'offerta ad esempio implementando la chirurgia oncologica con l'arruolamento dei pazienti fin dal momento della diagnosi. A questo scopo si intende dotare i presidi di Ghilarza e di Bosa di un ecografo per diagnostica senologica. Si provvederà infine a potenziare le dotazioni infermieristiche di sala per permettere di sfruttare al massimo la disponibilità delle nuove sale operatorie del nuovo blocco DEA.

Nella rete regionale delle post acuzie la ASL di Oristano si candida ad avere un ruolo primario per le attività riabilitative; a tale proposito intende portare avanti il progetto Riabilitativo Ospedaliero con l'istituzione di 14 posti letto di Codice 75 di neuroriabilitazione. In collaborazione con il privato accreditato si costruirà pertanto la rete delle post-acuzie e delle attività territoriali ad essa correlate. Anche sul versante della lungodegenza (cod 60) e del recupero e riabilitazione funzionale (cod 56) si provvederà a dotare i presidi pubblici e il presidio privato accreditato di un congruo numero di posti letto, per assicurare una adeguata assistenza al paziente nel suo percorso di cura e per garantire dei giusti livelli di appropriatezza nella gestione della acuzie.

a. 4) Il potenziamento dell'Assistenza Territoriale quale presupposto per un'offerta appropriata di prestazioni

Migliorare l'efficienza dei servizi territoriali è ormai un obiettivo imprescindibile perché solo con la presenza di un servizio efficiente sul territorio si può perseguire l'obiettivo più generale di miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria. Questo consentirà non solo un risparmio in termini di risorse ma permetterà di utilizzare il livello assistenziale clinicamente più appropriato e spesso più vicino al cittadino. Il tema dell'integrazione ospedale – territorio è centrale per garantire la presenza di un'assistenza efficace e efficiente; lavorare sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali risulta indispensabile proprio a garantire il giusto ricorso al corretto livello assistenziale nel decorso della malattia o della cura. Una corretta presa in carico del paziente, magari "fragile" o anziano, deve inoltre seguire anche logiche di integrazione sociosanitarie e spesso di supporto alla famiglia. Questo nuovo modo di intendere l'assistenza necessita sicuramente di sforzi e cambiamenti culturali e organizzativi da costruire nel tempo. L'obiettivo aziendale di potenziamento delle attività territoriali e di miglioramento dell'efficacia dei servizi risulta pertanto indispensabile.

Per perseguire tale obiettivo, a livello organizzativo sarà importante continuare nel percorso di costituzione delle Case della Salute, ambito nel quale il paziente sarà accolto e orientato nel giusto percorso assistenziale. Tale modello organizzativo permetterà di perseguire il coordinamento e l'integrazione delle attività sanitarie e sociali, permetterà inoltre la creazione di un percorso di cura meno complesso per il paziente rispetto al passato, per via della presenza in loco di più specialisti (MMG/PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali di varie branche, servizi di diagnostica, in alcuni casi medici ospedalieri, infermieri, terapisti della riabilitazione ecc.). Questo ambito infatti potrà essere sfruttato per perseguire al meglio lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, quantomeno per le patologie più frequenti quali quelle cardiovascolari, endocrinologiche, oncologiche e

pneumologiche. Il confronto tra operatori sanitari che si occupano del paziente all'interno del medesimo percorso di cura è un aspetto da non sottovalutare; naturalmente la compresenza nello stesso luogo fisico non è una condizione sufficiente affinché questo nuovo approccio alla cura del paziente si radichi tra gli operatori, pertanto sarà necessario implementare la formazione e indirizzarla verso tali tematiche.

Risulta sempre più crescente la domanda delle cure domiciliari, servizio che si presenta anch'esso sempre più importante nel perseguimento dell'appropriatezza nella cura del paziente. Anch'esso non sottovaluta l'aspetto sociale e anche per esso è importante il supporto ai familiari per la gestione del paziente nella sua globalità. La ASL di Oristano intende proseguire con il progetto di miglioramento qualitativo del servizio inserendo nuove figure di infermieri professionali dedicati (8 infermieri nell'anno 2012). Attualmente l'esperienza aziendale si riferisce all'erogazione delle cure prestazionali e delle cure domiciliari integrate di primo e secondo livello (precedentemente denominate ADI), con qualche esperienza di ospedalizzazione domiciliare. Ora l'Azienda intende introdurre l'erogazione di Cure Palliative rivolte a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo, (persone nella fase terminale della vita, persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata; persone in fase avanzata e complicata di malattie croniche; persone con necessità di nutrizione artificiale parenterale; persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo; persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza).

La particolare fragilità dei pazienti e delle loro famiglie nelle varie fasi di tali malattie, richiede un approccio multidimensionale dell'assistenza che riguarda lo stato funzionale, psichico, sociale e in particolare la percezione del proprio stato di salute. Pertanto dovranno essere coinvolti diversi servizi: distrettuali (Assistenza MMG e PLS compresa la Continuità Assistenziale, Assistenza specialistica, Assistenza infermieristica, Assistenza protesica, Assistenza sociale, Assistenza spirituale, Volontariato); ospedalieri (ricoveri ordinari e DH) e residenziali (posti letto di Hospice, RSA).

Per quanto riguarda infine le attività semiresidenziali e residenziali territoriali, esse risultano quantitativamente carenti e questo comporta spesso l'inappropriato ricorso alle strutture ospedaliere, allontanando il paziente dal proprio ambito territoriale e dalla famiglia e cosa ancora più importante, non garantendo il corretto approccio terapeutico riabilitativo al paziente. La parziale soluzione a tale problema arriverà dalla istituzione di posti letto per la gestione delle post acuzie nei tre presidi ospedalieri pubblici e nel privato accreditato e dalla presenza di una nuova struttura residenziale nell'ambito del Distretto di Ales Terralba.

Altro importante versante su cui operare è quello riguardante la Salute Mentale e le Dipendenze. Il potenziamento di tali attività prevede l'ampliamento dell'organico dei Servizi per le Dipendenze e la creazione di un Centro Diurno nella struttura che ospitava la Casa Famiglia di Ales, ove troverà collocazione anche il Centro di Salute Mentale. L'apertura delle nuove strutture di Busachi e Samugheo inoltre contribuisce a portare avanti l'obiettivo di incrementare l'inserimento dei pazienti sofferenti mentali presso le strutture operanti nel nostro territorio.

A garanzia del funzionamento dell'integrazione socio sanitaria infine, la Asl di Oristano renderà operativo un accordo intervenuto tra Provincia, PLUS e Azienda Sanitaria, per la gestione informatizzata dei servizi socio sanitari. Tale progetto fornirà un valido supporto non solo di tipo operativo, per la gestione associata dei servizi all'utenza, ma anche di tipo strategico per la definizione congiunta degli interventi di programmazione. Gli attori partecipanti al progetto potranno pertanto ottenere in tempo reale le informazioni, in forma anonima, rispetto agli interventi socio sanitari in essere riferiti ai propri residenti e ottenere le informazioni fondamentali per fare proposte di intervento e di programmazione.

b) I Programmi

Le aree tematiche nelle quali si sviluppa la presente programmazione triennale sono le seguenti:

1. Il perseguimento del miglioramento della qualità dei servizi offerti attraverso lo strumento del Governo Clinico
2. Modifica e integrazione dell'attuale modello organizzativo aziendale nel rispetto delle direttive regionali
3. L'implementazione dei sistemi di governo per un impiego più efficiente delle risorse
4. La realizzazione di una corretta organizzazione nell'ambito dell'Assistenza Ospedaliera a garanzia di una appropriata risposta assistenziale
5. L'orientamento del paziente nel giusto percorso di cura mediante la costituzione delle Case della Salute
6. L'implementazione delle risorse e dei servizi offerti per un potenziamento delle Cure Domiciliari
7. La riorganizzazione delle Cure Dialitiche e l'incremento dell'offerta di prestazioni
8. L'attivazione di posti letto per la gestione delle post acuzie per garantire risposte clinicamente più appropriate
9. L'attivazione del nuovo servizio della Stroke Unit per una risposta tempestiva alle patologie cerebrovascolari acute
10. Lo sviluppo delle cure mediche a garanzia di un miglior livello di assistenza e di una maggiore specializzazione
11. Lo sviluppo e la diffusione di una gamma più ampia di prestazioni nell'ambito delle cure chirurgiche più vicine ai bisogni del paziente
12. Interventi per un'assistenza farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa
13. Il governo della domanda e dell'offerta di prestazioni specialistiche finalizzato ad una progressiva riduzione dei tempi di attesa

Per la trattazione della presente parte si rimanda agli Allegati 4 e 5.